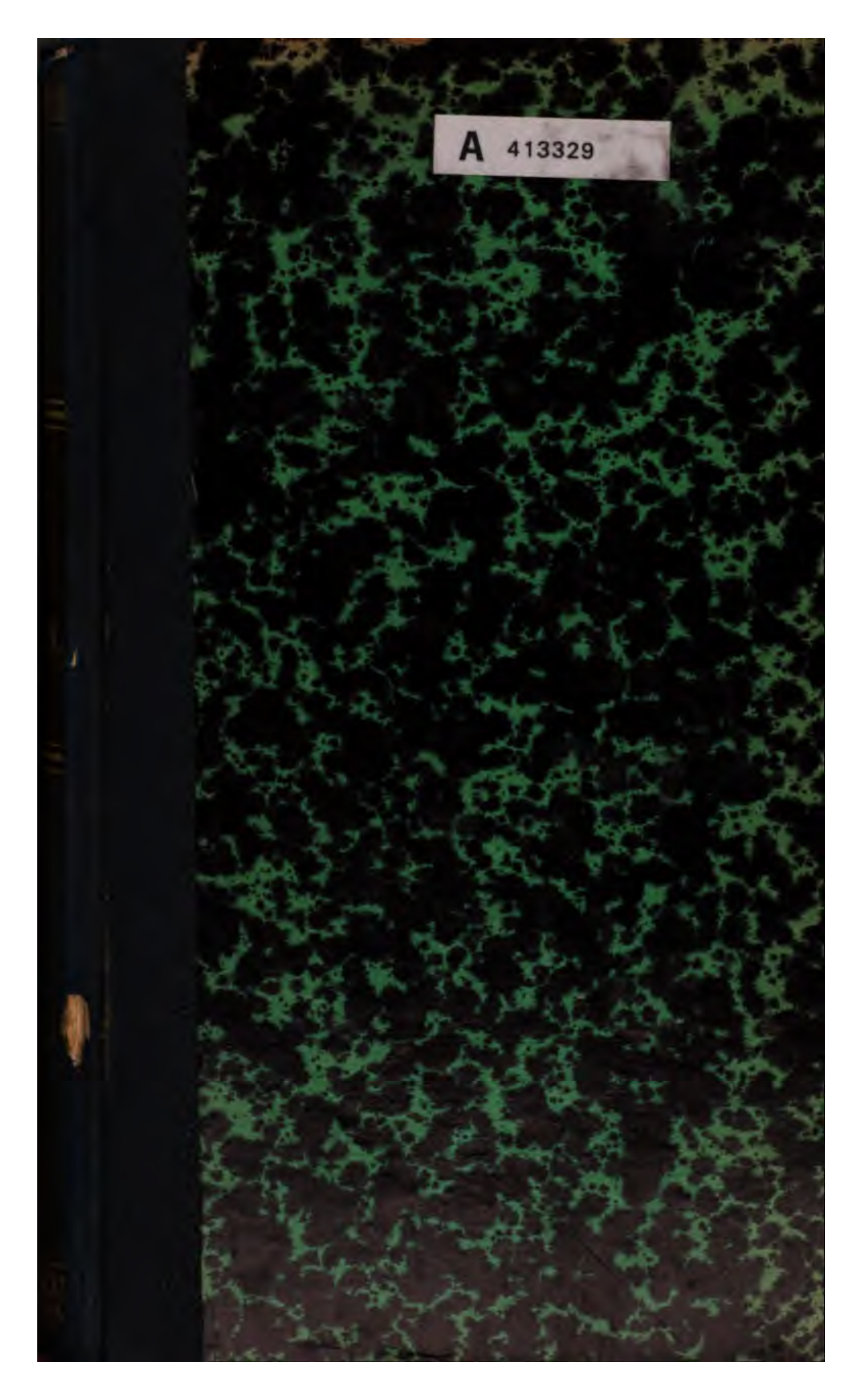
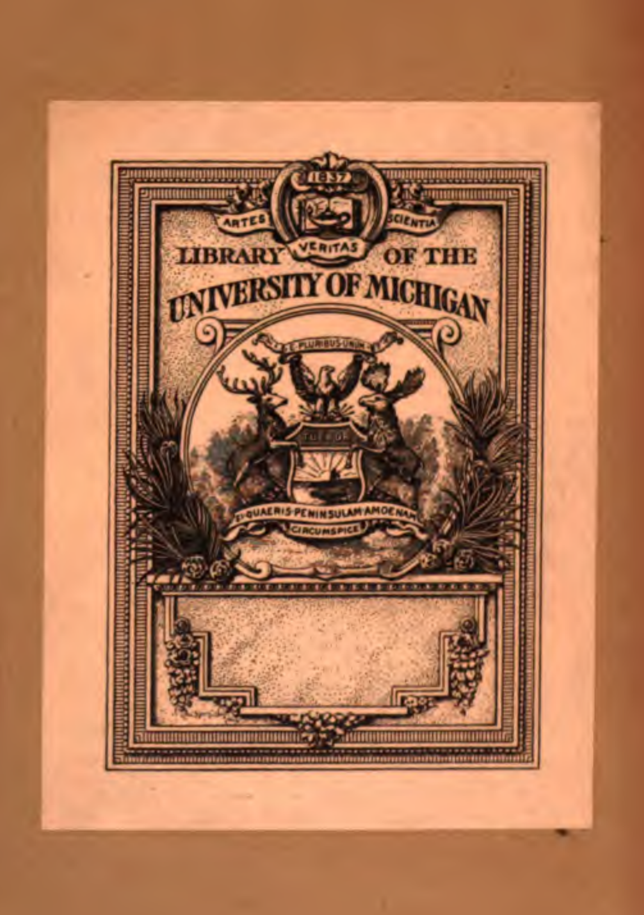
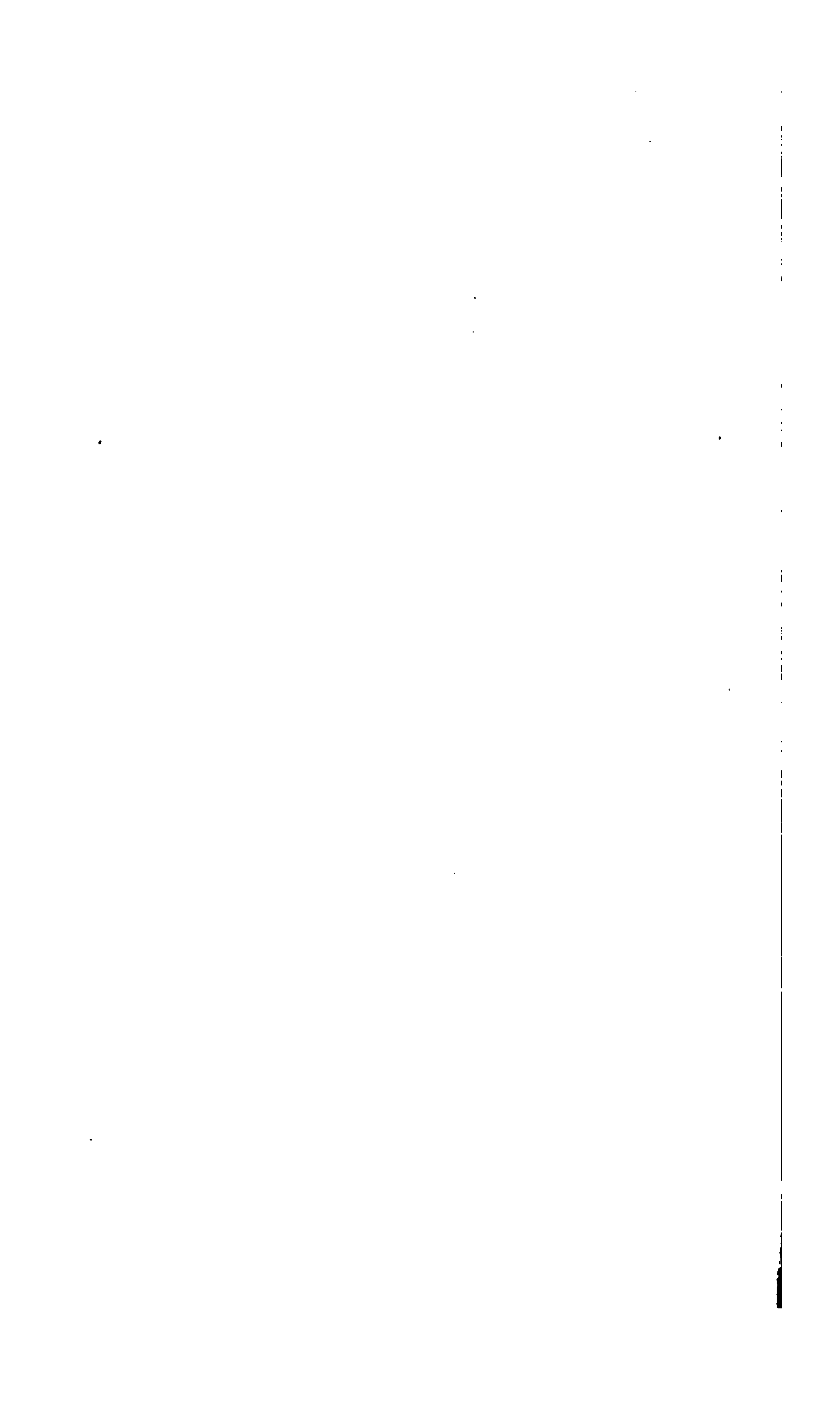
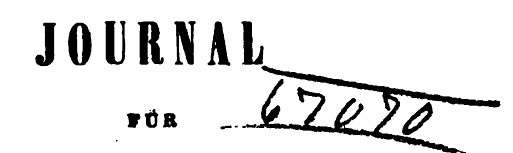



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



JOURNAL



FÜR

KINDERKRANKHEITEN,

unter Mitwirkung der Herren

Geh. Rath Prof. Dr. Barez

Direktor der Kinderklinik in der Charité in Berlin,

und

Prof. Dr. Romberg,

Direktor der Poliklinik der Universität in Berlin,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend, prakt. Ärzte und Mitgl. mehrerer gel. Gesellschaften.

u.

Dr. A. Hildebrand, prakt. Ärzte und Assistenten an der Kinderklinik in Berlin.

Band VI. (Januar — Juni 1846.)

Berlin,
bei Albert Förstner.
1846.



Inhalts-Verzeichniss zu Band VI.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

II. Analysen und Kritiken.

III. Klinische Mittheilungen.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

VI. Miszellen und Notizen.

VII. Bibliographie

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Jeden Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VI.] BERLIN, JANUAR 1846. [HEFT 1.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Zur Pathologie der Enteritis bei Kindern, von Dr. Henoch, Assistenzarzte an der Königl. Poliklinik der Universität zu Berlin.

Am 3. September 1845 (während der Ferien) wurde ein 1¼jähriges Kind in die Klinik gebracht, welches ohne bekannte Ursache vor 3 Tagen von heftigem Erbrechen und Diarrhoe befallen worden war. Nach Angabe der Mutter hatte das Kind 12 Monate lang die Brust bekommen, und war seit einem halben Jahre, ohne dass nachtheilige Folgen sich bemerkbar gemacht hätten, entwöhnt worden. Seit dem Eintritt der gegenwärtigen Krankheit soll sich eine, wenn auch nicht sehr bedeutende, doch merkliche Abmagerung eingestellt haben. Zwar hatte das Erbrechen ganz aufgehört, der Durchfall jedoch bestand unverändert fort, trat wohl zehn- bis zwölfmal im Laufe des Tages ein, und entleerte bräunliche, sehr dünne, mit vielem Schleime, nicht selten auch mit Blutstreifen vermischte Massen von äusserst widrigem Geruche.

Wenn schon jeder Durchfall im kindlichen Lebensalter eine genaue Untersuchung des Unterleibs erfordert, so ist diese in einem Falle, wo schon nach wenigen Tagen die Reproduktion merklich beeinträchtigt wird, wo gleichzeitig Erbrechen vorhanden war, ganz unerlässlich. Nur begnüge man sich nicht, wie es so oft in der Praxis geschieht, den Bauch des Kindes durch Kleider und Leibbinden hindurch zu komprimiren, wobei man nie ein reines Resultat erhalten wird. Der Leib muss vielmehr ganz von Kleidungsstücken entblösst sein, und da die meisten Kinder bei jeder Berührung eines Fremden überhaupt schon zu schreien anfangen, selbst wenn ihnen kein Schmerz dadurch verursacht wird, so thut man wohl, auch bei der Mutter nachzufragen, ob das Kind beim Reiben oder Drücken des Bauchs Schmerzempfindungen

äussert. Das Anziehen der Schenkel an den Unterleib, worauf man früher grossen Werth legte, kann nicht wohl als konstantes Zeichen des Schmerzes, viel weniger einer entzündlichen Affektion angesehen werden, da es auch in vielen anderen Zuständen, ja bei ganz gesunden Kindern, denen man den Bauch mässig komprimirt, beobachtet wird. Das wichtigste Merkmal bleibt immer das Verziehen der Gesichtszüge und das Geschrei. In Bezug auf letzteres ist man bei sehr unruhigen Kindern leicht Täuschungen ausgesetzt, die aber in der Klinik dadurch vermieden wurden, dass man das Auge des schreienden Kindes plötzlich dem durch's Fenster einfallenden Lichte zuwendete. In den meisten Fällen beruhigt sich dann das Kind, und wenn die nun vorgenommene Kompression des Unterleibs das Geschrei wieder hervorruft, so darf man um so sicherer von dem Vorhandensein schmerzhafter Empfindungen überzeugt sein. Auch kann man den Kindern zur Beruhigung Gegenstände zum Spielen in die Hand geben, und während sie damit beschäftigt sind, den Bauch untersuchen.

Eine möglichst genaue, unter Berücksichtigung aller angeführten Umstände angestellte Untersuchung des Unterleibs liess nun in unserem Falle an einer bedeutenden Schmerzhaftigkeit desselben nicht zweifeln. Auftreibung und Spannung des Bauchs wurden nicht vermisst. Uebrigens war die Reproduktion im Allgemeinen nicht sehr gesunken, der Hautturgor an allen Theilen normal; nur die Skrotalhaut zeigte sich auffallend schlaff und welk, ein Symptom, worauf Professor Romberg als auf einen Vorläufer wichtiger Krankheiten bei Kindern grossen Werth legt. Bemerkenswerth war aber die ausserordentlich erhöhte Temperatur der Bauchhaut, welche der aufgelegten Hand das Gefühl der Brennhitze (wie sie in manchen typhösen Fiebern vorkommt) gab, während alle übrigen Körpertheile ihre normale Temperatur bewährt hatten. Einige der noch anwesenden Herren Praktikanten hatten Gelegenheit, sich mit mir von diesem Umstande zu überzeugen. Die Mundschleimhaut war trocken, die Zunge nur an der Wurzel mit einem weisslichen Anfluge bedeckt, der übrige Theil derselben roth und glatt, als wäre er seines Epitheliums beraubt. Der Durst war so bedeutend, dass das Kind fortwährend zu trinken verlangte, und mit gierigen Blicken dem Trinkgefässe folgte. Der Urin hatte an Menge bedeutend abgenommen und war von dunkel braunrother Farbe. Gegen Abend wollte die Mutter eine Zunahme der Unruhe und erhöhte Temperatur der ganzen stets trockenen Körperoberfläche bemerken.

Dass man es in diesem Falle nicht mit einer einfachen katarrha-

lischen, oder vom Zahnreiz abhängigen Diarrhoe zu thun hatte, unterlag keinem Zweifel. Alle Erscheinungen, welche die Enteritis der Kinder charakterisiren, waren hier in einem ausgezeichneten Grade vorhanden: vorausgegangenes Erbrechen, starker Durchfall, Auftreibung, Schmerzhaftigkeit und Hitze des Unterleibs, intensiver Durst, Röthe der Zunge, Abmagerung. Das Erbrechen konnte leicht zur Annahme einer Komplikation mit Gastritis, die bei Kindern so häufig vorkommt, verleiten; allein man weiss, dass auch die einfache Enteritis, besonders wenn sie die Schleimhaut des Dünndarms befällt, sehr oft mit Erbrechen verbunden ist. Auch eine überwiegende Schmerzhaftigkeit der epigastrischen Gegend kann in solchen Fällen nicht als diagnostisches Kriterium benutzt werden, da sie ebensowohl durch eine Gastritis wie durch eine Entzündung des hier verlaufenden *Colon transversum* bedingt sein kann. In unserem Falle durfte man um so weniger an eine Komplikation mit Gastritis denken, als das Erbrechen nur in den ersten Tagen, und auch dann nur von Zeit zu Zeit eingetreten war, ohne durch den Genuss von Nahrungsmitteln erregt zu werden. Schmerzen im Unterleibe und Durst kommen zwar auch bei anderen Durchfällen, vorzugsweise den in der heissen Jahreszeit auftretenden, vor; doch werden weder die ersteren durch Druck gesteigert, noch ist der letztere so intensiv, wie in der Enteritis. Den höchsten Grad erreicht er bekanntlich in der Gastromalakie; im verwichenen Sommer hatte ich Gelegenheit, diese Krankheit bei einem eben entwöhnten Kinde zu beobachten, welches von einem so heftigen Durste gepeinigt wurde, dass die Mutter sich keinen Augenblick mit dem Becher entfernen konnte, welchen das Kind nie aus den Augen liess.

Auffallend war in dem vorliegenden Falle die auf die Bauchhaut beschränkte Hitze bei gleichzeitiger kühler Temperatur der übrigen Körpertheile, die nur in den Abendstunden, wenn alle Krankheitserscheinungen exazerbirten, eine erhöhte Wärme darboten. Diese Erscheinung, die für Phlogosen an der Oberfläche des Körpers ein so wichtiges Merkmal ist, musste die Annahme einer im Darmkanale stattfindenden Entzündung noch bestätigen.

Die Art der Entstehung der Krankheit war in diesem Falle schwer zu ermitteln. Die Entwöhnung, sonst eine so häufige Ursache enteritischer Erscheinungen, lag hier zu weit zurück, um berücksichtigt zu werden. Nach Aussage der Mutter war das Kind bisher immer vollkommen gesund gewesen.

Bei der kurzen Dauer der Krankheit und der noch ziemlich er-

1*

äussert. Das Anziehen der Schenkel an den Unterleib, worauf man früher grossen Werth legte, kann nicht wohl als konstantes Zeichen des Schmerzes, viel weniger einer entzündlichen Affektion angesehen werden, da es auch in vielen anderen Zuständen, ja bei ganz gesunden Kindern, denen man den Bauch mässig komprimirt, beobachtet wird. Das wichtigste Merkmal bleibt immer das Verziehen der Gesichtszüge und das Geschrei. In Bezug auf letzteres ist man bei sehr unruhigen Kindern leicht Täuschungen ausgesetzt, die aber in der Klinik dadurch vermieden wurden, dass man das Auge des schreienden Kindes plötzlich dem durch's Fenster einfallenden Lichte zuwendete. In den meisten Fällen beruhigt sich dann das Kind, und wenn die nun vorgenommene Kompression des Unterleibs das Geschrei wieder hervorruft, so darf man um so sicherer von dem Vorhandensein schmerzhafter Empfindungen überzeugt sein. Auch kann man den Kindern zur Beruhigung Gegenstände zum Spielen in die Hand geben, und während sie damit beschäftigt sind, den Bauch untersuchen.

Eine möglichst genaue, unter Berücksichtigung aller angeführten Umstände angestellte Untersuchung des Unterleibs liess nun in unserem Falle an einer bedeutenden Schmerzhaftigkeit desselben nicht zweifeln. Auftreibung und Spannung des Bauchs wurden nicht vermisst. Uebrigens war die Reproduktion im Allgemeinen nicht sehr gesunken, der Hautturgor an allen Theilen normal; nur die Skrotalhaut zeigte sich auffallend schlaff und welk, ein Symptom, worauf Professor Romberg als auf einen Vorläufer wichtiger Krankheiten bei Kindern grossen Werth legt. Bemerkenswerth war aber die ausserordentlich erhöhte Temperatur der Bauchhaut, welche der aufgelegten Hand das Gefühl der Brennhitze (wie sie in manchen typhösen Fiebern vorkommt) gab, während alle übrigen Körpertheile ihre normale Temperatur bewährt hatten. Einige der noch anwesenden Herren Praktikanten hatten Gelegenheit, sich mit mir von diesem Umstande zu überzeugen. Die Mundschleimhaut war trocken, die Zunge nur an der Wurzel mit einem weisslichen Anfluge bedeckt, der übrige Theil derselben roth und glatt, als wäre er seines Epitheliums beraubt. Der Durst war so bedeutend, dass das Kind fortwährend zu trinken verlangte, und mit gierigen Blicken dem Trinkgefässe folgte. Der Urin hatte an Menge bedeutend abgenommen und war von dunkel braunrother Farbe. Gegen Abend wollte die Mutter eine Zunahme der Unruhe und erhöhte Temperatur der ganzen stets trockenen Körperoberfläche bemerken.

Dass man es in diesem Falle nicht mit einer einfachen katarrha-

lischen, oder vom Zahnreiz abhängigen Diarrhoe zu thun hatte, unterlag keinem Zweifel. Alle Erscheinungen, welche die Enteritis der Kinder charakterisiren, waren hier in einem ausgezeichneten Grade vorhanden: vorausgegangenes Erbrechen, starker Durchfall, Auftreibung, Schmerzhaftigkeit und Hitze des Unterleibs, intensiver Durst, Röthe der Zunge, Abmagerung. Das Erbrechen konnte leicht zur Annahme einer Komplikation mit Gastritis, die bei Kindern so häufig vorkommt, verleiten; allein man weiss, dass auch die einfache Enteritis, besonders wenn sie die Schleimhaut des Dünndarms befällt, sehr oft mit Erbrechen verbunden ist. Auch eine überwiegende Schmerzhaftigkeit der epigastrischen Gegend kann in solchen Fällen nicht als diagnostisches Kriterium benutzt werden, da sie ebensowohl durch eine Gastritis wie durch eine Entzündung des hier verlaufenden *Colon transversum* bedingt sein kann. In unserem Falle durfte man um so weniger an eine Komplikation mit Gastritis denken, als das Erbrechen nur in den ersten Tagen, und auch dann nur von Zeit zu Zeit eingetreten war, ohne durch den Genuss von Nahrungsmitteln erregt zu werden. Schmerzen im Unterleibe und Durst kommen zwar auch bei anderen Durchfällen, vorzugsweise den in der heissen Jahreszeit auftretenden, vor; doch werden weder die ersteren durch Druck gesteigert, noch ist der letztere so intensiv, wie in der Enteritis. Den höchsten Grad erreicht er bekanntlich in der Gastromalakie; im verwichenen Sommer hatte ich Gelegenheit, diese Krankheit bei einem eben entwöhnten Kinde zu beobachten, welches von einem so heftigen Durste gepeinigt wurde, dass die Mutter sich keinen Augenblick mit dem Becher entfernen konnte, welchen das Kind nie aus den Augen liess.

Auffallend war in dem vorliegenden Falle d i e a u f d i e B a u c h h a u t b e s c h r ä n k t e H i t z e bei gleichzeitiger kühler Temperatur der übrigen Körpertheile, die nur in den Abendstunden, wenn alle Krankheitserscheinungen exazerbirten, eine erhöhte Wärme darboten. Diese Erscheinung, die für Phlogosen an der Oberfläche des Körpers ein so wichtiges Merkmal ist, musste die Annahme einer im Darmkanale stattfindenden Entzündung noch bestätigen.

Die Art der Entstehung der Krankheit war in diesem Falle schwer zu ermitteln. Die Entwöhnung, sonst eine so häufige Ursache enteritischer Erscheinungen, lag hier zu weit zurück, um berücksichtigt zu werden. Nach Aussage der Mutter war das Kind bisher immer vollkommen gesund gewesen.

Bei der kurzen Dauer der Krankheit und der noch ziemlich er-

haltenen Reproduktion konnte man die Prognose nicht ungünstig stellen. In früheren Zeiten, ehe die anatomischen Erscheinungen der Darmentzündung bei Kindern (durch die Untersuchungen von Denis und Billard) bekannt waren, würde man sein Augenmerk vorzugsweise auf die Sistirung der erschöpfenden Diarrhoe gerichtet und die Primärkrankheit dadurch beträchtlich gesteigert haben. Je milder und einfacher die Behandlung, um so sicherer darf man auf Erfolg rechnen. Vier Blutegel wurden auf den Unterleib applizirt und die Nachblutung zwei Stunden hindurch unterhalten, zu welchem Zwecke man sich anhaltend fortgesetzter warmer Fomentationen bediente. Durch ein lauwarmes Bad suchte man den Säftetrieb nach der trockenen Haut zu leiten. Zum inneren Gebrauch erhielt das Kind, um so wenig als möglich zu schaden, eine Emulsion von frischem Mandelöl, ein Mittel, welches seiner demulzirenden Wirkung wegen in solchen Fällen sehr zu empfehlen ist. Schon am folgenden Tage machte sich eine merkliche Besserung geltend; Schmerzhaftigkeit und Hitze des Unterleibs hatten nachgelassen, die Diarrhoe bestand zwar noch fort, hatte aber eine grössere Konsistenz angenommen. Unter der Fortsetzung derselben Mittel kam nach Verlauf von acht Tagen vollkommene Heilung zu Stande, so dass das Kind sein gesundes blühendes Aussehen jetzt völlig wieder erlangt hat.

Die Zahl dieser Fälle, in denen eine so einfache Behandlung sich erfolgreich zeigte, könnte ich aus den Journalen der Klinik leicht vermehren; doch ziehe ich es vor, noch einige Bemerkungen über die chronische Form der Darmentzündung, insbesondere über ihren Uebergang in Ulzeration, hinzuzufügen.

Im Allgemeinen kommen der chronischen Enteritis die gleichen Symptome, nur in schwächerem Grade, wie der akuten zu. Am häufigsten hatte sie sich aus dieser oder aus vorangegangenen dysenterischen Leiden herausgebildet, im letzteren Falle gewöhnlich schon Geschwürsbildung im Darmkanale herbeigeführt. Seltener war sie tuberkulöser Natur, wurzelte als solche vorzugsweise im Drüsenapparate der Darmschleimhaut, und komplizirte sich mit Lungen- und Mesenterialtuberkulose. Ihre Abhängigkeit von mangelhafter Ernährung zeigte sich schon darin, dass sie weit seltener bei Säuglingen als bei aufgefütterten Kindern, zumal unter dem Einflusse der Kälte und Feuchtigkeit in ungesunden Wohnungen auftrat. Nicht blos Ueberfütterung und fehlerhafte schädliche Alimentation, sondern auch Mangel an Nahrung vermag entzündliche Vorgänge im Darmkanal zu erregen.

Hunter fand im Magen eines vor Hunger gestorbenen jungen Mannes ein perforirendes Geschwür, und die sogenannte *Atrophia lactantium*, die man als eine wahre Verhungerung der Kinder betrachten kann, komplizirt sich bei längerer Dauer gar nicht selten mit wichtigen Strukturveränderungen der Instinalschleimhaut, die von Billard als *Ramollissement blanc* beschrieben worden sind.

Bemerkenswerth ist, dass fast in allen Fällen, wo bereits Ulzerationen im Darmkanale, also Enterophthisis, bestanden, ödematöse Anschwellung des Gesichts und der Extremitäten, sehr häufig auch Askites beobachtet wurde. Der letztere ist nicht immer so bedeutend, um die Form des Unterleibs wesentlich zu verändern oder ein deutliches Gefühl der Fluktuation zu geben. Wo aber die Fluktuation nicht entschieden ausgesprochen ist, darf man nur sehr geringen Werth auf dies Symptom legen, zumal es nicht immer leicht ist, die durch den anschlagenden Finger bewirkte Vibration der Bauchdecken von dem Schwappen einer in der Peritonealhöhle befindlichen Flüssigkeit genau zu unterscheiden. Das Sicherste bleibt in solchen Fällen immer die Perkussion, welche, in verschiedenen Lagen des Körpers vorgenommen, das Vorhandensein eines Askites immer herausstellen wird. Die Wassersucht, welche die *Phthisis intestinalis* der Kinder begleitet, kann von verschiedenen Ursachen herrühren. In den meisten Fällen ist sie wohl nur der Ausdruck der Schwäche, und hat als solcher dieselbe Bedeutung wie in den phthisischen Krankheiten Erwachsener. Zuweilen steht sie zum Durchfall in einem vikariirenden Verhältniss, indem der erstere bei ihrem Auftreten sich mindert, und umgekehrt; man hat sich daher in solchen Fällen wohl zu hüten, die Diarrhoe durch adstringirende Mittel plötzlich zu suppnimiren, weil man durch dies Verfahren leicht eine bedenkliche Steigerung der hydropischen Erscheinungen veranlassen könnte. Seltener ist ein mechanisches Hinderniss der venösen Zirkulation als Ursache der Wassersucht anzuklagen. Wie in der Brusthöhle Kompression der grossen Venenstämme durch angeschwollene Bronchialdrüsen ödematöse Anschwellung der Hände und des Gesichts nach sich zieht, so können im Unterleibe Drüsengeschwülste an der Wirbelsäule, die bei skrophulösen Kindern keine seltene Erscheinung sind, die untere Hohlvene zusammendrücken und auf diese Weise Oedem der unteren Extremitäten veranlassen, ein Fall, der schon öfters beobachtet worden ist. Uebrigens hüte man sich, bei jeder Komplikation einer langwierigen Diarrhoe mit Hydrops und Abmagerung sogleich mit der Annahme einer Enterophthisis den Stab

über den kleinen Kranken zu brechen. Jeder sich in die Länge ziehende Durchfall kann, zumal bei schwächlichen Kindern, Anasarka zur Folge haben, welcher in der Regel beim Nachlassen der Primärkrankheit eintritt. Das klinische Journal hat sehr viele solcher Fälle aufzuweisen, in denen es durch eine zweckmässige Behandlung gelang, Heilung herbeizuführen. Das Hauptmittel war dann die Chinarinde, von welcher man ein saturirtes Dekokt in Verbindung mit einem gelind diuretischen Mittel, z. B. *Roob Juniperi*, verordnete. Eine nahrhafte, nicht reizende Diät musste die Wirkung der Medikamente unterstützen.

Ueber den Nachthusten der Kinder. Eine Notiz von Dr. Braniss, jetzt in Berlin.

Der Aufsatz über den periodischen Nachthusten der Kinder im Dezember-Heft (1845, Bd. V, Heft 6, S. 401) dieser Zeitschrift hat mir eine im Laufe einer funfzehnjährigen Praxis häufig gemachte Erfahrung ins Gedächtniss gerufen, deren Gegenstand mit dem dort behandelten viel Aehnlichkeit hat. Ich führe den Zeitraum an, weil nur in Rücksicht auf die Länge desselben die Erscheinung, von der hier die Rede ist, eine häufige von mir genannt werden kann; an und für sich darf ich sie keinesweges so nennen. Doch mag sie immer noch öfter vorkommen, als ich nach meiner Erfahrung darüber behaupten kann, da sie bei ihrem wenig bedenklichen Anstrich wohl nur von besorgteren Eltern und Pflegern der Kinder zur Kenntniss des Arztes gebracht wird.

In den Hauptzügen erkenne ich das Bild, das der angezogene Aufsatz davon giebt, vollkommen wieder. Nur das fast regelmässig Typische, welches darin als ein charakteristisches Merkmal sich angegeben findet, wird durch die mir vorgekommenen Fälle nicht bestätigt. Der Eintritt des Anfalls richtete sich lediglich nach der Zeit des Schlafengehens, auch fand ich keine regelmässige Wiederkehr in einer gewissen Reihe auf einander folgender Tage; ich kann blos sagen, dass die Kinder während eines unbestimmt langen Zeitraums wiederholentlich davon heimgesucht wurden. — Ich habe dabei die Kinder während des Tages niemals vollkommen gesund gesehen; sie hatten immer das Ansehen, als ob ein Schnupfen bei ihnen im Anzuge wäre. Bei einigen von ihnen bildete sich, nachdem die nächtlichen Husten-

anfälle aufgehört hatten, auch wirklich ein Schnupfen aus. Dieses war aber lediglich bei solchen der Fall, die den Tag über im erwärmten Zimmer gehalten wurden; diejenigen, die man am Tage ins Freie liess, bekamen niemals den Schnupfen, dagegen aber litten sie verhältnissmässig viel länger an dem nächtlichen Husten. Eines dieser Kinder, zwischen acht und neun Jahre alt, bekam, da um diese Zeit gerade der Keuchhusten herrschend war, diese Krankheit.

Bei Kindern unter zwei Jahren sind mir diese nächtlichen Zufälle nicht vorgekommen, wohl aber von da ab bis zum elften oder zwölften Jahre; der Anfall selbst, wie ich ihn mehrmals zu beobachten Gelegenheit hatte, und wie er mir anderweitig von den Umgebungen der kranken Kinder beschrieben wurde, zeigte ganz die Gestalt, welche der Herr Verf. des Aufsatzes gezeichnet hat. Er kam konstant blos des Nachts im Schlafe, und jederzeit, wie das sogenannte Alpdrücken, nur einmal in einer Nacht, und zwar stets während der ersten Stunden nach dem Einschlafen. Soll ich übrigens den Anfall mit Etwas vergleichen, so würde ich sagen, dass er die meiste Aehnlichkeit mit den Erscheinungen des sogenannten Verschluckens (was man auch wohl „unrecht in die Kehle kommen" nennen hört) darbot.

Ich fand den Zufall häufiger im Frühjahr und Herbst, aber auch sonst bei längerem Herrschen einer nasskalten Witterung. — Zum ersten Male hatte ich Gelegenheit, ihn an zwei Kindern zu beobachten, von denen behauptet wurde, sie hätten vorlängst und zu verschiedenen Zeiten die Bräune gehabt, und wären durch ein homöopathisches Mittel wunderähnlich schnell davon befreit worden. Diese Kinder litten seitdem zu mehreren Malen an dem hier in Rede stehenden Zufalle, der in ihren Familien jedes Mal für ein Rezidiv der Bräune galt, mit einem in Bereitschaft gehaltenen homöopathischen Pulver bekämpft wurde und, wenn nicht dadurch, doch wenigstens darauf sich gab. — Vielleicht haben mich diese Umstände auf die hier behandelte Erscheinung aufmerksamer gemacht, als ich sonst gewesen wäre.

Was das Wesen eben dieser Erscheinung betrifft, so bekenne ich stets nicht sowohl eine bestimmte Krankheitsspezies, als vielmehr einen Krankheitszufall darin erblickt zu haben, den ich mir auf folgende Weise zu erklären suchte:

Ein durch eine leichte Erkältung erworbener Katarrh der Luftwege kommt unter Begünstigung der Bettwärme zur Lösung. Der Hustenreiz ist nicht mächtig genug, die Festigkeit des ersten Schlafes zu überwinden. Die Kinder husten im Schlafe, aber der losgehustete

Schleim wird nicht ausgeleert, sondern bleibt in der Tiefe der Mundhöhle, wo er den Trieb des Schlingens weckt. Da dieses aber durch die stattfindende ausgestreckte Lage mit vielleicht nach hinten geneigtem Kopfe erschwert ist, so wird der Auswurf um so leichter auf den unrechten Weg gerathen und jene Erstickungsangst hervorrufen, unter welcher das Kind erwacht, um sich durch fortgesetztes Aufhusten aus seiner beängstigenden Lage zu befreien.

Von der Idee ausgehend, einen wesentlich katarrhalischen Zufall vor mir zu haben, gab ich niemals etwas anderes als ein leichtes Diapnoikum mit einem demulzirenden Saft, und rieth ausserdem, darauf zu sehen, dass die Kinder mit mässig erhöhetem Kopfe liegen. Ich kann wenigstens so viel sagen, dass hierbei die Zufälle nach einer nicht eben langen Zeit gänzlich ausblieben.

Ueber die Natur der grünen Darmausleerungen der Kinder, von Golding Bird M. D., assistirendem Wundarzte im Guy's Hospital in London.

Während die Aufmerksamkeit des Praktikers vielfach auf die grünen Darmausleerungen der Kinder hingerichtet wird, ist wenig gethan worden, um ihre wahre Natur und chemische Komposition zu ermitteln. Es giebt, so viel ich weiss, nur eine einzige Analyse dieser Produktionen. Ich habe diese grünen Ausleerungen wiederholentlich in der Absicht untersucht, um zu sehen, ob der gewöhnliche Glaube, dass die grüne Farbe vorzüglich der Anwesenheit von Galle zuzuschreiben sei, einigen Grund habe. Aber erst vor wenigen Wochen bin ich genauer zu Werke gegangen, und zwar auf Veranlassung des Hrn. Dr. Forbes, der mir ein ganz vorzügliches Spezimen der grünen Ausleerungsstoffe übergab. Diese Stoffe waren von einem hydrokephalischen Kinde, während es unter dem Einflusse des Merkurs sich befand; sie zeigten folgende Charaktere: Sie bestanden in einer schmutziggrünen trüben Flüssigkeit, welche in einem Glasgefäss, nachdem sie sich gesetzt hatte, in drei deutlich geschiedene Portionen sich trennte, nämlich: 1) einer obenauf schwimmenden Flüssigkeit ölartiger Konsistenz, von smaragdgrüner Farbe; 2) einer dichten Schicht Schleim, geronnenen Eiweisses und Epitheliumtrümmer, untermischt mit rothen Blutpartikeln, und 3) einer den Boden des Gefässes einnehmenden Ablagerung grosser Krystalle von dreifach phosphorsaurer Magnesia und

Ammonium; dieses Tripelphosphat zeigte sich in hübschen Prismen von apfelgrüner Farbe.

Die obenauf schwimmende smaragdgrüne Flüssigkeit wurde behufs der Untersuchung abgeseihet.

A. Sie war schwach alkalisch, hatte fast die Farbe von Fleischbrühe und eine Dichtigkeit von 10,20.

B. Der Zusatz von etwas Salpetersäure veränderte die Farbe selbst durch Kochen nicht. Eine grössere Menge dieser Säure aber, die während des Kochens zugesetzt wurde, verwandelte die smaragdgrüne Farbe in ein gelbliches Rosenroth; durch einen späteren Zusatz eines Alkali stellte sich die grüne Farbe nicht wieder her.

C. Essigsäure affizirte kaum die grüne Farbe und bewirkte keine wahrnehmbare Gerinnung des Schleims.

D. Eine Lösung von essigsaurem Blei fällte ein reichliches, graugrünes, zähes Präzipitat, indem die überstehende Flüssigkeit farblos wurde.

E. Sublimat bewirkte ein hellgrünes Präzipitat, wobei die überstehende Flüssigkeit blass, aber nicht ganz entfärbt wurde.

Analyse. 1) 1000 Gran der grünen Flüssigkeit hinterliessen durch sorgfältige Abdunstung 100 Gran eines dunkel olivenfarbigen zähen Extrakts.

2) Dieses Extrakt bildete in Weingeist von 0,837 eine dem Vogelleime ähnliche Masse, welche mit dem Spiritus aber nicht gemischt werden konnte. Selbst durch langes Kochen schien die Masse wenig in ihrem Volumen sich zu verändern. Die klare, abgeseihete Tinktur indessen hinterliess ein Extrakt, 30 Gran betragend. Dieser Rückstand besass die gelblichgrüne Farbe abgefallener Blätter, roch wie frische Fleischbrühe und hatte einen süssen, etwas adstringirenden Geschmack mit einer geringen Beimischung von Bitterkeit.

3) Das weingeistige Extrakt hinterliess nach sorgfältiger Einäscherung 5,5 Gran Asche, welche vorzüglich aus Chlornatrium und basisch-phosphorsaurem Natron ($3 NaO + P_2 O_5$) bestand. Sie war alkalisch, brauste aber mit Säuren nicht auf.

4) Die durch kochenden Alkohol unaufgelöst gebliebene Portion hinterliess in Wasser 13 Gran einer fast geschmacklosen Materie, welche durch Einäscherung eine stark alkalische Asche gab, die 1,75 Gran betrug und fast nur aus dem genannten basischen Natronphosphat bestand.

5) Der sowohl im Alkohol wie im Wasser unlöslich gebliebene

Rückstand betrug 57,0 Gran, und bestand fast ganz aus geronnenem Albumen, trockenem Schleime und modifizirtem Blute. Er hinterliess durch Einäscherung nur 1 Gran Asche, die fast ganz aus rothem Eisenoxyduloxyd bestand.

Folgendes ist die Uebersicht dieser Analyse:

Weingeistiges Extrakt	Organisches . .	24,50
	Unorganisches .	5,50
Wässeriges Extrakt . .	Organisches . .	11,25
	Unorganisches .	1,75
Unauflöslicher Stoff . .	Organischer . .	56,00
	Unorganischer .	1,00
Wasser und flüchtige Materie		900,00
		1000.

Was die chemische Zusammensetzung des organischen Antheils der weingeistigen und wässerigen Extrakte betrifft, so bestand ersteres vorzüglich aus Fettstoff, Cholesterin und einer grünen Substanz, wahrscheinlich identisch mit dem sogenannten Biliverdin (Mediz. analyt. Chemie von Franz Simon, Bd. I, S. 333), mit geringen Spuren von Galle, die jedoch hinreichend waren, dem Extrakt einen bitteren Geschmack mitzutheilen, indessen zu gering, um in der Asche kohlensaures Natron zu hinterlassen. Das wässerige Extrakt bestand vorzugsweise aus Ptyalin, und dem Extraktivstoffe, welcher von Berzelius und französischen Chemikern Fleischextrakt, *Extrait de viande* (Osmazom und Zomidin?) genannt worden ist.

Die Zusammensetzung des flüssigen Theils der grünen Darmausleerung ist demnach folgende:

Biliverdin, weingeistiger Extraktivstoff, Fett, Cholesterin und Spuren von Galle	24,50
Ptyalin, wässeriger Extraktivstoff, gefärbt mit Biliverdin	11,25
Schleim, geronnenes Albumen und Hämatosin	56,00
Chlornatrium, mit Spuren von basisch phosphorsaur. Natron	5,50
Basisch phosphorsaures Natron	1,75
Eisenoxyduloxyd	1,00
Wasser	900,00
	96,70
Verlust . . .	3,30
	100.

In neuerer Zeit sind von Prof. Karsten in Freiberg Untersuchungen der grünen Ausleerungen von Menschen, die eine längere Zeit

hindurch Marienbad und Karlsbad gebraucht haben, bekannt gemacht worden. Nach Karsten befindet sich keine Galle in diesen grünen Ausleerungen, sondern die grüne Farbe entsteht durch die Gegenwart von grünem schwefelsauren Eisenoxydul, welches, wie er glaubt, im Magen und Darmkanale durch die Reduktion des im Mineralwasser vorhandenen schwefelsauren Natrons in schwefligsaures unter Hinzutritt des ebenfalls in den Wässern vorhandenen Eisens sich bildet. Zur Bestätigung dieser seiner Ansicht zeigt er, dass Salzsäure die grüne Farbe der Ausleerungen unter Entwickelung von Schwefelwasserstoffgas zerstört. Es ist also zwischen diesen grünen Stühlen und den grünen Kalomelstühlen ein bedeutender Unterschied. Indessen hat Frankl in Marienbad den Behauptungen Karsten's widersprochen (s. Heller's *Archiv für physiol. Chemie* 1845, S. 105); er leitet die grüne Farbe von derselben Quelle her, woher die grünliche Farbe mancher Schleimausflüsse aus der Vagina in Fällen von Leukorrhoe, aus der Harnröhre in Fällen von Tripper, und aus der Nase in Fällen von heftiger Koryza entspringt.

Dass in den Fäkalstoffen, sowohl im gesunden wie im kranken Zustande, Galle oft in grosser Menge vorhanden sein muss, ist sicher, aber ihre Gegenwart in den in der ersten Kindheit so häufigen grünen Stühlen, besonders in den sogenannten Kalomelstühlen, bleibt fraglich. Franz Simon in Berlin hat eine Analyse der grünen Kalomelstühle mitgetheilt; leider fehlt darin das Verhältniss der festen und wässerigen Theile, denn nur das trockene Extrakt ist analysirt. Dieses bestand aus:

in Weingeist löslich.	Galle, Bilifellinsäure und Biliverdin	21,4	42,5
	Fett mit Cholesterin	10,0	
	Weingeistiger Extraktivstoff	11,0	
	Ptyalin, wässeriger Extraktivstoff		24,30
	Albumen, Schleim und Epitheliumtrümmer		17,10
	Salinische Theile		12,90
	Verlust		3,3
			100.

Nach Simon's Analyse ist also eine grosse Menge Galle vorhanden; ich habe jedoch nur Spuren davon entdeckt. Wäre irgend ein bedeutenderes Quantum davon vorhanden gewesen, so würde das weingeistige Extrakt bitter geschmeckt und kohlensaures Alkali enthalten haben, da in Betracht der geringeren Löslichkeit des phosphorsauren Natrons in Alkohol nicht so viel von diesem Salze vorhanden ge-

Eigenschaften zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit besitzt, von derjenigen zu unterscheiden, die nur ein ungenügendes oder krankmachendes Nahrungsmittel darbietet, ist so gross, dass man kaum einen Arzt, eine Hebamme oder einen Chemiker findet, welcher im Stande ist, von einer gegebenen Probe Milch zu sagen, sie sei gut oder schlecht. Die Gleichgültigkeit, mit der man über diese wichtige Frage gewöhnlich hinwegschlüpft, entspringt ohne Zweifel aus der Schwierigkeit des Gegenstandes, aus der Unzulänglichkeit der aus den bisherigen chemischen Analysen gewonnenen Resultate und aus dem Mangel an einer passenden und sicheren Untersuchungsmethode. In der That können wir die Oberflächlichkeit, mit der dieser Gegenstand gewöhnlich gehandhabt wird, weder einem Mangel an Interesse noch etwa der Geringfügigkeit der Frage zuschreiben; denn es giebt wohl keine, welche das öffentliche Wohl, das Glück und die Wohlfahrt von Familien näher angeht, oder welche häufiger ihre Lösung von uns verlangt, und ich stehe nicht an zu behaupten, dass Alles, was bis jetzt über die Milch, und besonders über deren Ernährungsfähigkeit in Bezug auf Säuglinge gesagt worden, durchaus werthlos ist. Sicherlich lässt sich wohl Keiner mehr durch die Farbe, Konsistenz oder gar den Geschmack der Milch in seinem Urtheil bestimmen, denn gewiss kann Nichts täuschender sein, als solche Charaktere, da sie keinen Werth in sich haben, auf nichts Positives begründet sind, sondern von Jedem nach seiner Individualität beliebig gedeutet werden können. Daher wird denn auch, wenn ein Arzt über eine Amme Auskunft geben soll, gewöhnlich nur auf deren Alter, Statur und Körperbeschaffenheit gesehen, aber nicht auf ihre Milch selber, und wird diese untersucht, so geschieht es gewöhnlich nur der Form wegen. Allerdings ist das Wohlbefinden der Amme eine nothwendige Bedingung einer guten Milchsekretion, und es muss daher bei ihrer Wahl darauf gesehen werden; allein es reicht dieses keinesweges aus, denn es ist wohl bekannt, dass das beste Wohlbefinden und eine untadelhafte Körperbeschaffenheit einer Amme noch keineswegs eine Garantie für die ernährenden Eigenschaften ihrer Milch abgiebt; die Milchsekretion kann nämlich bei einer sonst ganz gesunden Säugenden unzureichend oder abnorm sein. Wird nicht täglich wahrgenommen, dass bisweilen eine bleiche magere Frau oder Amme ein Kind besser und kräftiger ernährt, als ein kräftiges robustes Frauenzimmer; und werden wir überhaupt nicht oft durch das äussere Ansehen von Menschen über den Zustand ihrer Konstitution getäuscht? Man weiss, dass die Organe, denen die Milchse-

kretion obliegt, so zu sagen, viel zu sehr ausserhalb der allgemeinen Oekonomie liegen, als dass man durch die Integrität anderer Organe und die Regelmässigkeit anderer Funktionen auf die Eigenschaften jener Sekretion schliessen könnte. Die Milch selber ist es, in der wir die Charaktere ihrer guten und schlechten Beschaffenheit und ihrer Ernährungsfähigkeit aufsuchen müssen, und ehe wir nicht die Mittel dazu erlangt haben, werden wir jeder sicheren Richtschnur entbehren; die Wahl der Ammen wird der Willkühr anheimgestellt werden, und die Bestimmung, ob ein Kind durch die Mutter oder durch eine Amme genährt werden soll, wird mehr vom Zufall oder der Laune, als von Gründen, die aus dem Interesse für das Kind hergenommen sind, abhängig gemacht werden."

Vor Kurzem hat dieser Gegenstand von Neuem die Aufmerksamkeit auf sich gezogen, und ist es besonders Hr. Girard, dem wir folgende Fälle und Bemerkungen verdanken (*Archiv. génér. de médicine*, Juni 1845).

„1. Im September wurde ein fünfmonatliches Kind zu mir gebracht; es wurde mir berichtet, dass es bei der Geburt stark und kräftig gewesen, und dass es einer Amme übergeben war, die schon 14 Monate gesäugt hatte. Das Kind wurde bald unwohl, schrie unaufhörlich, und wurde nur ruhig, wenn man es an die Brust legte; nach und nach magerte es ab, und es stellte sich Diarrhoe ein; die Ausleerungen waren grünlich gefärbt. Als das Kind zu mir gebracht wurde, zeigte es folgenden Zustand: Sein Antlitz war mager und bleich, die Zunge roth und hier und da mit Aphthen besetzt; der Bauch gespannt; Oberschenkel und Nates sehr geröthet; Diarrhoe sehr häufig, die Ausleerungen grün; das Kind erbrach mehrmals des Tages geronnene Milch, schlief schlecht und erwachte häufig; es war dieses das dritte Mal, dass das Kind diese Reihe von Symptomen, mit Ausnahme der Aphthen, gezeigt hatte; die früheren Anfälle waren durch den früheren Gebrauch von Bädern, Stärkemehlklystieren und Verminderung der Nahrung beseitigt; die Diarrhoe hatte jedoch angedauert. Auch diesmal wurden Bäder, Klystiere und Mundwässer angewendet, aber vergebens; die Diarrhoe verblieb und die Aphthen nahmen zu. Es wurde jetzt eine Untersuchung der Milch der Amme vorgenommen, aber nur chemisch, nicht mikroskopisch; sie erwies sich sehr alkalisch. Das Kind wurde ihr nun fortgenommen und einer anderen Amme übergeben. Die Besserung war auffallend; nach 2 Tagen schon hatte die Diarrhoe beträchtlich abgenommen; nach 8 Tagen waren alle

Symptome verschwunden, und nach 3 Monaten war das Kind völlig gesund und munter."

„2. Frau S., 25 Jahre alt, wurde am 14. November 1844 von ihrem ersten Kinde, einem kräftigen und starken Knaben, entbunden; sie säugte dies Kind 10 Tage lang, nahm aber alsdann, da ihre Brüste schmerzhaft wurden und anschwollen, eine Amme an. Diese Amme war ein brünettes Frauenzimmer von mittler Gestalt, etwa 30 Jahre alt. Sie erschien durchaus gesund; sie hatte kleine Brüste, aber ihre Milch war süss, gut von Farbe, Konsistenz und Quantität; sie säugte erst seit 3 Wochen. Als das Kind der Frau S. übergeben wurde, war es von guter Beschaffenheit und hatte gehörige Leibesöffnung. Aber schon nach wenigen Tagen bekam es unruhigen Schlaf, dünne und sehr häufige, bisweilen grüne, bisweilen schwarze Darmausleerungen und wurde mager; es hatte Uebelkeit und Erbrechen; eine glänzende Röthe erstreckte sich über die Oberschenkel und Nates, und das Kind wurde sehr unruhig. Am 3. Dezember zeigte das Kind folgende Erscheinungen: Abmagerung sehr gross; Haut trocken und rauh; Diarrhoe häufig, Ausleerungen grün, Bauch gespannt und schmerzhaft, der ganze Körper mit einem Erythem bedeckt, einige Bläschen am Hodensack; das Kind erbrach jedesmal, wenn es etwas Milch oder Flüssigkeit genommen hatte; Zunge roth, und nebst der inneren Fläche der Backen, der Lippen mit Aphthen besetzt. Ich verordnete Kleienbäder, zum Getränk Wasser mit Eiweiss gemischt, Klystiere von Leinsaamen-Abkochung mit einem Tropfen Opium versetzt 2 Mal täglich, ausserdem Breiumschläge auf den Bauch. Bei dieser Behandlung nahmen jedoch die Symptome zu, das Erythem dehnte sich aus, die Aphthen wurden konfluirend, Ekthympusteln bildeten sich auf den Beinen, die Diarrhoe wurde häufiger und die Abmagerung steigerte sich. So dauerte es bis zum 9. Dezember; nun wurde eine Untersuchung der Ammenmilch vorgenommen, welche folgendes Resultat ergab: Die Milch hatte eine recht gute Farbe; ihre Konsistenz glich der einer Milch, die viel Rahm enthält; mit Ammonium behandelt, wurde sie etwas zähe; sie war jedoch weder sauer noch alkalisch. Ein Tropfen Milch zeigte unter dem Mikroskop bei 300facher Vergrösserung: 1) dass die Milchkügelchen in grosser Menge vorhanden waren, wie man sie nur in sehr reicher Milch anzutreffen pflegt; sie waren gewöhnlich von beträchtlichem Umfange, und die grössten glichen halb mit Flüssigkeit gefüllten und kollabirten kleinen Bläschen. Sie hatten aber nicht einen perlfarbigen Glanz, sondern die meisten, namentlich die grösseren, hatten

eine trüb-weisse Farbe und waren opalisirend; mehrere waren zu kleinen Gruppen zusammengetreten, und diese Gruppen konnten nach allen Richtungen hin bewegt werden, ohne dass ein einzelnes Kügelchen davon sich loslöste. Einem mässigen Drucke unterworfen, breiteten sich diese verschiedenen Gruppen so sehr aus, dass sie eine 5- bis 6mal grössere Fläche einnahmen als früher. Eine zwischen die Glasplatten eingeführte ganz geringe Menge Schwefeläther löste viel von ihnen mit grosser Schnelligkeit auf. 2) Ausserdem sahe man eine Menge rundlicher farbloser Körnerchen, die genau alle die Charaktere darboten, welche Henle, Donné, Mandl, Güterbock und andere Mikroskopisten beschrieben haben. Es sind dieses die Körnerchen, welche Donné zuerst mit dem Namen *Corps granuleux* bezeichnet hat, und sie als beständig im Kolostrum vorkommend, aber dann allmälig, in dem Verhältniss wie die Milch älter wird, verschwindend beschrieben hat, so dass gegen den 20sten Tag nach Eintritt der Milch und noch früher keine Spur mehr davon in ihr zu sehen ist. Von den gewöhnlichen Milchkügelchen, mit denen sie zusammen vorhanden sind, unterscheiden sie sich durch Form, Umfang, Aussehen und inneren Bau. Sie sind nicht immer kugelig, sondern zeigen alle mögliche Formen und Verschiedenheiten der Grösse; die kleinsten betragen ungefähr $\frac{1}{100}$ Millimeter; sie sind etwas durchsichtig, gewöhnlich von gelblicher Farbe, erscheinen kernig, gleichsam, als wenn sie aus einer Anzahl sehr kleiner, von einer durchsichtigen Haut umschlossener Granula bestehen. Sehr oft sieht man in der Mitte oder an irgend einem anderen Punkte dieser kleinen Gruppe ein einzelnes Kügelchen, welches anscheinend nichts anderes ist, als ein wirkliches innerhalb der Granula gleichsam eingekerkertes Milchkügelchen. Die Natur dieser Körperchen oder Granula ist unbekannt; Donné vermuthet, dass sie aus Fettstoff und einer besonderen mukösen Substanz bestehen; sie sind nicht in Alkalien löslich, aber wohl, wie die wahren Milchkügelchen, in Aether, nach dessen Verdunstung kleine Gruppen von gespitzten Krystallen auf dem Glase verbleiben. Obwohl diese Körperchen gewöhnlich nur im Kolostrum vorzukommen pflegen, so können doch, wie Donné bemerkt, sowohl sie, wie alle die anderen Eigenthümlichkeiten des Kolostrums Monate lang und sogar bis am Ende des Säugegeschäfts verbleiben. Diesen kolostrumartigen Zustand der Milch kann man aber nur mittelst des Mikroskops entdecken; denn die physikalischen Eigenschaften: die Farbe, Konsistenz und Schmackhaftigkeit, sind in dieser Milch eben so, wie in einer besser beschaffenen; auch



die Amme kann dabei in bester Gesundheit sich befinden, aber das Kind, obwohl es fortwährend an der Brust liegt, fällt ab und bekommt gewöhnlich üble Diarrhöen.

Da nun in dem hier in Rede stehenden Falle die Milch alle Charaktere des Kolostrums zu haben schien, so wurde die Amme entlassen und unter mehreren eine andere gewählt, deren Milch sich unter dem Mikroskope als ganz tadellos erwies. Höchst auffallend war die Veränderung, die das Kind wahrnehmen liess. Kaum hatte das Kind die Brust der neuen Amme 2 Tage genommen, als Erbrechen und Durchfall sich verminderten und bald ganz aufhörten, die aphthösen Flecke sich vereinigten und verschwanden, die Zunge ihre natürliche Farbe wiederbekam und das Erythem verblich. Von dieser Zeit an nahm das Kind an Kräften zu, bekam gute und natürliche Leibesöffnung, einen ruhigen Schlaf, und wurde frisch und munter.

3. Frau R., 28 Jahre alt, wurde im Februar 1842 von ihrem 7ten Kinde, einem kräftigen, starken Knaben, entbunden. Eins von ihren Kindern war gestorben, als es 6 Monate alt war, und zwar in einem Zustande, der sich durch starken Durst, grosse Abmagerung, Durchfall mit grünen Ausleerungen und Brechen charakterisirte. Das neugeborene Kind nahm die Brust begierig und war auch anscheinend von guter Gesundheit, erbrach aber jedesmal nach dem Saugen; dennoch war die Milch der Mutter dem äusseren Ansehen nach sehr gut. Gegen Ende des zweiten Monats nahm das Erbrechen an Häufigkeit zu. In der Vermuthung, dass das Kind sich etwa den Magen überfüllt habe, wurde ihm die Brust seltener gegeben, statt deren öfter etwas Zuckerwasser; dennoch erbrach das Kind jedesmal, wenn es die Brust genommen hatte, obwohl es recht gut andere Flüssigkeiten behalten konnte; es wurde mager und bleich, und litt abwechselnd an Verstopfung und Durchfall.

Gegen Mitte des zweiten Monats traten plötzlich folgende Symptome ein: das Kind kreischte auf, verlor den Athem und wurde bewusstlos, wobei Antlitz und Hände eine livide Farbe bekamen; nach einigen Sekunden erholte sich das Kind, blieb aber stundenlang abgemattet und schwach. Innerhalb der nächsten zwanzig Tage hatte das Kind viele ähnliche Anfälle, welche zu unbestimmten Zeiten, sowohl bei Tage als bei Nacht, ohne wahrnehmbare Ursachen eintraten; Blasenpflaster, Antispasmodika und Bäder wurden vergeblich angewendet, das Erbrechen dauerte fort. Nun wurde die Muttermilch untersucht, und zwar mittelst des Mikroskops mehrmals die Woche, und es ergab

sich, dass sie eine sehr grosse Menge Schleim enthielt, ohne sonst Veränderungen zu zeigen. „Ich machte nun die Mutter darauf aufmerksam, berichtete Hr. Girard, dass die Milch nichts tauge, und das Kind einer Amme übergeben werden müsse; sie wollte das nicht gern, sondern bat, sich selber auf eine bessere Diät setzen zu dürfen. Nach acht Tagen nahm das Erbrechen wirklich etwas ab, die Milch wurde wieder untersucht und zeigte etwas weniger Schleim; aber wenige Tage darauf nahm der Schleim wieder zu und sogleich wurde das Erbrechen wieder so heftig wie früher. Das Kind magerte ab, etwas Durchfall stellte sich ein, und die asthmatischen Anfälle verblieben. Nun endlich willigte die Mutter darein, eine Amme zu nehmen; es wurde die Milch von sieben Ammen untersucht, welche alle dem Anschein nach gesund und kräftig waren; aber dennoch konnten sie nicht gebraucht werden, weil die Milch entweder Schleimkörperchen oder andere Veränderungen zeigte. Endlich fand sich eine Amme, deren Milch einen gehörigen Reichthum an Milchkügelchen darbot. Kaum hatte das Kind zwei Tage die Milch dieser Amme genommen, als Erbrechen und Durchfall aufhörten und sich auch das Asthma gänzlich verlor; das Kind wurde kräftig, munter und wohlbeleibt."

Ohne aus so wenigen Fällen schliessen zu wollen, kann man doch mit Sicherheit wenigstens behaupten, dass, so lange die schlechte Milch genommen wurde, die Kinder sich krank befanden und abfielen, und dass sogleich wie sie andere Milch bekamen, sie sich erholten und zur vollständigen Gesundheit zurückkehrten. Zu untersuchen bleibt hier noch freilich Manches, namentlich, welche verschiedene Veränderungen die Milch einer Säugenden darzubieten vermag, worin diese Veränderungen bestehen, welche verschiedenen Wirkungen jede dieser Veränderungen habe, und endlich, was sich thun lasse, um durch Behandlung der Säugenden selber ihre Milch zu verbessern.

Die Lehre aber, welche wir einstweilen aus den bisher gemachten Erfahrungen entnehmen, besteht darin, dass, wenn das Kind, das die Brust nimmt, ohne sonst wahrnehmbaren Grund zu kränkeln anfängt, mager und elend wird, wir die Milch nicht nur chemisch, sondern auch mikroskopisch untersuchen müssen, und dass, wenn sie arm an Milchkügelchen, oder sonst auf eine Weise verändert sich zeigt, sogleich für eine bessere Milch gesorgt werden muss.

II. Analysen und Kritiken.

Ueber chronische Hautausschläge oder Grind der Kinder.

(*Traité complet des gourmes chez les enfans etc., par L. V. Duchesne-Duparc. Paris* 1842, 8.)

(Analyse von Dr. Behrend.)

Dieses Werk welches wir zur Analyse uns vorlegen, ist zwar schon etwa drei Jahre alt, aber da es längst schon unsere Absicht gewesen, die verschiedenen Borkenausschläge oder Schorfe der Kinder, in deren Erkenntniss und Behandlung so viel geirrt und gefehlt wird, zusammenzustellen, so haben wir dieses Werk gleichsam als einen Anlass hervorgezogen, oder als einen Anhalt, um in kurzen Bemerkungen das, was wir darüber erfahren und ermittelt, daran zu knüpfen.

Der Verfasser dieses Werkes, ein früherer Assistent Alibert's am Hospitale St. Louis in Paris, begreift alle diese Ausschläge unter dem Namen *„gourmes"*, welcher Ausdruck für die Kindheit in Frankreich da gebraucht wird, wo das Wort *dartres* bei Erwachsenen angewendet wird. Beide Ausdrücke, *gourmes* und *dartres*, sind aber eben so unbestimmt wie die deutschen Bezeichnungen: *Grind* und Flechte; ersteres Wort gebrauchen wir gewöhnlich auch *fast für* alle borkigen oder krustösen Ausschläge kleiner Kinder, und *letzteres* für dieselben bei Erwachsenen. So unbestimmt alle diese Ausdrücke auch sind, so sind sie doch einmal gebräuchlich und volksthümlich, und in der That giebt es keine besseren Benennungen, wenn man einmal alle diese Ausschläge, so verschieden sie ihrer Natur nach auch sein mögen, zusammenstellen und einer gemeinsamen Betrachtung unterwerfen will.

Um zu erfahren, was unter dem Ausdrucke *gourmes* von dem Verfasser des vorliegenden Werkes begriffen wird, müssen wir zur Vorrede zurückgehen, in welcher er zu verstehen giebt, dass er alle diejenigen chronischen Krankheiten darunter verstanden wissen will, die weder die Folge einer Entzündung noch eines organischen Fehlers oder Strukturleidens sind, sondern welche sich als Eliminationskrankheiten darstellen, als Krankheiten, „denen man einen kritischen Charakter oder ein depuratorisches Bestreben zugestehen muss, deren Eintritt offenbar mit gewissen klimakterischen Epochen zusammenhängt, oder die als Folgeübel anderer Zustände eintreten; die ferner in ihrem Verlaufe gewöhnlich sehr bemerkliche Intermissionen zeigen, die selten durch die blossen Anstrengungen der Natur heilen, und die endlich,

wenn man sie vernachlässigt oder sich selber überlässt, nicht nur für Denjenigen, der davon ergriffen ist, sondern auch durch ihre Uebertragbarkeit auf Andere, von den übelsten Folgen sein können."

Diese Definition ist etwas weitläuftig, und fassen wir sie kurz zusammen, so will der Verf. mit dem Worte *„gourmes"* offenbar diejenigen Zustände bezeichnen, welche bei Kindern durch Ausscheidungen auf die äussere Haut und auch wohl auf die Schleimhäute entweder kritisch oder auch nur symptomatisch zur Erscheinung kommen. Diese Definition wollen auch wir annehmen, und indem wir für den Ausdruck *gourmes* unseren deutschen: Grind gebrauchen, wollen wir nicht blos die Krusten und Borken, womit die verschiedenen Hautstellen bedeckt sind, sondern auch die Ausschläge selbst dadurch bezeichnet wissen.

Alle die chronischen Hautausschläge der Kinder bringt der Verf. in drei Gruppen.

Erste Gruppe: eruptiver oder Flechtengrind (*gourmes éruptives ou dartreuses*), begreift die Achoren, die Porriginen und den Favus.

Zweite Gruppe: Skrophelgrind (*gourmes scrofuleuses*), begreift verschiedene Schuppen- und Kleienausschläge, ferner Ekthyma u. s. w.

Dritte Gruppe: Syphilisgrind (*gourmes syphilitiques*), begreift alle diejenigen Ausschläge, welche die Folge einer angeborenen Syphilis sind.

Diese Eintheilung lässt Manches zu wünschen übrig, denn wenn auch die syphilitischen Schorfe für sich eine geschiedene und bestimmte Gruppe bilden, so ist doch die Grenzlinie zwischen den anderen beiden Gruppen wohl noch gar nicht und sehr schwierig zu ziehen. So lange wir das Wesen der Skrophulosis nicht kennen, können wir auch noch nicht mit Bestimmtheit diejenigen Hautausschläge herauszählen, welche nur von Skrophelverderbniss herkommen. Betrachten wir auch den ächten Favus als eine Krankheit *sui generis*, so könnten wir doch von den Impetiginen, namentlich vom Achor oder der *Crusta lactea*, oder dem Strophulus, nicht mit Bestimmtheit sagen, was davon der Skrophelsucht angehört oder nicht.

Wir lassen es indessen bei dieser Eintheilung bewenden, da wir einstweilen selbst keine bessere wissen; wir wollen vielmehr dem Verfasser in seiner weiteren Auseinandersetzung dieser verschiedenen Gruppen folgen.

1. **Eruptive, impetiginöse oder Flechtengrinde.** Ihre gemeinsamen Charaktere sind folgende: Sie haben ihren Sitz gewöhnlich auf dem Antlitz und auf der Kopfhaut; in sehr üblen Fällen erstrecken sie sich auch über die übrigen Hautstellen des Körpers. Die pathologischen Produkte sind entweder primitiv oder sekundär; die primitiven, nicht mit Unrecht anatomische Elementarveränderungen genannt, zeigen sich unter einer bestimmten, obwohl für jede Art verschiedenen Form, und stehen offenbar noch unter den Gesetzen des Lebens. Sie sind bald, was Form und inneren Bau betrifft, ganz neue Bildungen, wie zum Beispiel weissliche oder gelbliche, kleine und zusammengruppirte, gerundete oder zugespitzte oder nabelförmig vertiefte Pusteln, mit oder ohne entzündlichem Hof, aber stets angefüllt mit einer zähen eiterartigen Flüssigkeit. Bald sind sie nur entzündliche oder kongestive Steigerungen der Sekretionsorgane der Haut, so dass die Produkte sich als vermehrtes Sekret kund thun, und zwar entweder als epidermatische Furfurationen oder als Abschuppungen, oder als *Fluxus sebaceus*, oder endlich als Anschwellungen und Verstopfungen der *Folliculi sebacei* u. s. w. Was die sekundären pathologischen Produkte betrifft, so bilden sie sich aus den Trümmern der eben genannten elementären oder primitiven Bildungen, deren flüssiger Inhalt, austretend und an der Luft vertrocknend, sich mit Epidermistrümmern und den Ueberresten ihrer durchbrochenen Pustelhüllen mischt und so in Krustationen, Borken oder Schorfe von verschiedenster Form Farbe, Dicke und Festigkeit sich gestaltet. Die drei Arten dieser Gruppe sind, wie wir bereits erwähnt haben, der Achor, die Porrigo und der Favus.

a) Vom Achor giebt der Verf. dieselbe Definition, die wir bei Alibert finden. Nach Letzterem ist der Achor ein Hautausschlag, der nur in der Kindheit vorkömmt, und welcher vorzugsweise durch die Entwickelung kleiner weisslicher, an Zahl sehr verschiedener Pusteln sich charakterisirt, bisweilen auch nur durch kleine Bläschen, die mit einer trüben Flüssigkeit angefüllt sind und eine zähe Materie ausfliessen lassen, welche zu dünnen, blätterigen, gelblichen oder bräunlichen Krusten vertrocknen, oder endlich durch einfache epidermatische Exfoliationen, welche in Form kleiner unregelmässiger, gewöhnlich dachziegelförmig übereinander liegender, feuchter und verklebter Schuppen sich darstellen. Der Sitz dieser Pusteln, Bläschen, Schorfe und Schuppen ist, wie gesagt, das Antlitz und die Kopfhaut; der Geruch gleich dem des ranzigen Fettes oder sauergewordener Milch.

Nach dieser Definition begreift also der Achor die *Crusta lactea*, die *Tinea mucosa* oder *muciflua*, so wie die verschiedenen Arten von Impetigo oder Ekzem, welche bei kleinen Kindern vorkommen.

Was die Symptome betrifft, so übergehen wir den grössten Theil der Beschreibung, die der Verf. uns giebt, weil sie nur Bekanntes enthält. Die Elementarform ist die Vesikel, die aber bisweilen zu einer scheinbaren Pustel sich gestaltet. Die Pseudopusteln, wie der Verf. sich ausdrückt, kommen besonders bei sehr reizbaren Subjekten vor, oder bei solchen, die sich unter einer schlechten Behandlung oder bei einer unzweckmässigen Diät befinden. Diese Form ist es, welche Alibert *Eczema* nennt, und die er zur *„Dartre squammeuse humide"* rechnet.

„Welches auch die Form sei", sagt der Verf., „die der Achor annimmt, so bleibt er bald entweder nur auf das Antlitz oder auf die Kopfhaut beschränkt, bald nimmt er beide Regionen zugleich ein, bald erstreckt er sich auf die Ohren, den Nacken, die Schultern und den Rumpf. Man trifft bisweilen oft Kinder, deren ganze Hautoberfläche von dem Ausschlage bedeckt ist." . . . . . „Die Krusten, welche sich durch Vertrocknung des Inhalts der Bläschen und Pusteln bilden, sind gewöhnlich dünn, oft übereinander liegend und immer weich beim Drucke. Diese Weichheit beruht darauf, dass die kranken Flächen fortwährend sezerniren, und die Borken, mit denen sie bedeckt sind, dadurch etwas erheben; der Beweis ist die Ausschwitzung, welche sich rund um die Krusten bildet, so oft man von oben auf dieselben, wenn auch nur leicht, drückt. Die Farbe der Schorfe ist gewöhnlich gelb, grünlich, grau und braun; der Sitz hat einen sehr bedeutenden Einfluss auf die Farbe; auf dem Antlitze nämlich erscheinen die Achorkrusten goldgelb, während sie auf dem Kopfe in Folge der Beimischung von Schmutz und durch Verklebung der Haare grau, braun und bisweilen schwärzlich erscheinen. Durch Beimischung des in Folge des Kratzens ausfliessenden Blutes bekommen die Krusten eine röthliche Färbung; es pflegt dieses besonders auf dem Antlitze hervorzukommen."

Bedecken die Achorpusteln das ganze Antlitz, so zeigt dasselbe durch die Krustenbildung eine scheussliche Larve, welche bekanntlich zu dem Ausdrucke *Impetigo larvalis* und *Porrigo larvalis*, dessen sich die Engländer bedienen, Anlass gegeben hat.

Bisweilen tritt ein Zustand von Reizung hinzu, namentlich Fieber und entzündliche Erscheinungen, welche entweder schnell aufschiessende, aber unvollkommen bleibende Pusteln, oder ein Gemisch von Bläschen und Pusteln erzeugen, die mit einer scharfen und reizenden Flüssigkeit angefüllt sind, welche oft die Nachbartheile röthet und exkoriirt.

Diese Form, von den Engländern *Eczema impetiginodes* genannt, bemerkt man gewöhnlich nach der Anwendung örtlicher Reizmittel; aber sie ist vorübergehend und nur zufällig, und ihr Verlauf ist immer wie bei entzündlichen Affektionen.

Ueberlässt man den Achor sich selber, so erzeugen sich entweder immer neue Pusteln und Krusten, oder es wird durch veränderte Lebensweise und durch angemessene Behandlung die Reizung vermindert, und der Ausschlag zum Stillstand gebracht. So länge der Ausschlag dauert, ist die schleimig-eitrige Sekretion eine Haupterscheinung des Achors, und es ist charakteristisch, dass diese Sekretion besonders des Nachts und während des Schlafes am reichlichsten ist. Indessen ist sie auch bei Tage bisweilen so stark, dass man mehrmals die Bedekkung wechseln muss. Charakteristisch ist ferner der Geruch, der, wie schon gesagt, dem des ranzigen Fettes oder sauer gewordener Milch gleicht; ein anderes Symptom endlich ist das stete Jucken.

Nach Alibert besteht das Wesen des Achors in einer Reizung des Schleimkörpers der Haut, deren Pigment mit diesem Schleim sich mischt und ihm seine Farbe giebt. Mit Recht betrachtet aber der Verf. diese Ansicht als eine irrige, denn die Malpighi'sche Schleimschicht ist kein Organ, welches den eitrigen Schleim, wodurch die Krusten entstehen, abzusondern im Stande ist; vielmehr sind es die *Folliculi sebacei*, welche dazu bestimmt sind, im gesunden Zustande eine fettige, die Haut weich und schmeidig erhaltende Feuchtigkeit abzusondern, und die beim Achor, in eine kranke Thätigkeit versetzt, dies Sekret nur im stärkeren Maasse abgeben, wobei freilich das Sekret auch an Konsistenz, Farbe und Geruch sich verändert. Was dem Verf. dafür spricht, dass die genannten Follikeln der eigentliche oder elementare Sitz der Krankheit sind, sind die kleinen, bald abgeflachten, bald zugespitzten Erhebungen oder Körnerchen, welche nach dem Abfallen der Achorkrusten bemerkt werden; diese kleinen bläschenartigen Erhebungen sieht man in der That bald zerstreut und bald gruppenförmig, und sie scheinen in Wirklichkeit nur in einer Verlängerung der Papillen zu bestehen.

Der Achor kann einfach oder komplizirt sein; die Komplikationen sind: lebhafte Entzündungen, Anschwellung der benachbarten Drüsen, Abmagerung und Erschöpfung des Kranken, in Folge der anhaltenden Absonderungen und des Juckens, Verbreitung der Entzündung von der Haut auf die Schleimhäute, und daraus entspringend Bronchitis, Gastri-

tis, Enteritis u. s. w., Krämpfe, und endlich bei Vernachlässigung des Uebels Ansammlung von Ungeziefer.

Mit Abrechnung der leichteren Form, des sogenannten Laktumen oder des *Achor lactuminosus* (eigentlicher *Crusta lactea*, welcher nur bei Säuglingen vorkömmt, und mit dem Entwöhnen von der Milch sich auch verliert), ist die Dauer des Achors keinesweges genau zu bestimmen; der Ausschlag kann Monate und Jahre lang bestehen; er kann sich aber auch schon in einigen Monaten verlieren, wiederkommen und sich wieder verlieren. Bei vielen Kindern verschwindet es mit der ersten, bei anderen mit der zweiten Dentition. Die längere Dauer bezieht sich besonders auf den eben erwähnten intermittirenden Achor, von dessen Heilung man, wenigstens in der ersten Zeit der Kindheit, nie recht überzeugt sein kann.

Die Diagnose ist nur dann schwierig, wenn man lediglich die Elementarform zum Führer nimmt, denn dann wird man bei gewissen Formen in Zweifel sein, ob sie zum Ekzem, zur Pityriasis, zur Impetigo oder zum Porrigo gehört; auch wird man dann wahrscheinlich andere Formen, die gar nicht zum Achor gehören, damit leicht verwechseln können. Der Verf. hält es demnach für wichtig, die Elementarformen, besonders die Form der Schorfe mit denen anderer Hautleiden zu vergleichen; wir wollen ihm hier genau folgen.

1) Im *Achor lactuminosus* (*Crusta lactea* im Beginne) bilden sich Lamellen oder Furfurationen. Diese unterscheiden sich von analogen Produktionen der Alibert'schen Kleienflechte (*Dartre furfuracée* Alib., *Pityriasis* Willan) darin, dass sie beim Achor übereinander liegen, immer mehr oder weniger feucht und so geordnet sind, dass sie eine zusammenhängende squamöse Schicht bilden, welche die Kopfhaut gewöhnlich ganz bedeckt. Bei der flüchtigen Kleienflechte (*Dartre furfuracée volante* Alib., *Pityriasis*) hingegen ist nur eine geringe, trockene, molekularähnliche Abschuppung oder Abkleiung vorhanden, welche nur sehr oberflächlich und leicht ist, und die Haare wie mit Puder oder Mehl bestreuet.

2) Bildet der Achor Schuppen, so sind diese jedoch weit weniger leicht von den Schuppen der feuchten Schuppenflechte (*Dartre squameuse humide* Alib.) oder des Ekzems (Willan) zu unterscheiden. In beiden Arten von Schuppen spielen ungefähr dieselben Farben, denn in beiden sind sie die Folge der Vertrocknung eines ichorösen Sekrets; aber beim Achor sind die Schuppen nicht so gross, jedoch dicker als bei der eben genannten feuchten Schuppenflechte. Bei letzteren ist

der abgesonderte Stoff viel zäher, es bildet sich wirklich ein sehr kleines Bläschen, das mit einer klaren Flüssigkeit angefüllt ist, aber keineswegs eine vesikulöse Erhebung der Epidermis, worin sich eine purulente Flüssigkeit befindet, wie dieses beim Achor der Fall ist. Endlich findet man bei der Schuppenflechte statt des Juckens, das beim Achor so konstant und bisweilen so heftig ist, eine örtliche Hitze und einen mehr oder minder lebhaften Schmerz mit einem Gefühle von Pochen in dem Theile. Die Abwesenheit des Geruches nach ranzigem Fett oder saurer Milch ist auch ein Zeichen, wodurch die Schuppenflechte (*Pityriasis*) von dem Achor sich unterscheidet. Auch ist der öftere Eintritt einer Fieberbewegung, welche fast immer die Entwikkelung der Schuppenflechte begleitet, oder mit anderen Worten, es ist das Ergriffensein des Allgemeinbefindens, welches bei dem Ekzem Willan's immer in geradem Verhältnisse zur Ausdehnung des Uebels steht, ein Merkmal, wodurch dieser Ausschlag vom wirklichen Achor unterschieden werden kann.

3) Die vesikulös-pustulösen Erhebungen des Achors können mit manchen analogen, aber zufäligen Produktionen der feuchten Schuppenflechte und der Melitagra Alibert's (der Impetigo der Engländer) verwechselt werden. Aber da diese Erhebungen beim Achor nur temporär und lediglich die Folge einer künstlichen Ueberreizung sind, und da neben ihnen die anderen charakteristischen Erscheinungen dieses Ausschlags verbleiben, so wird der Irrthum doch nicht so leicht möglich, oder wenigstens sehr bald erkannt werden.

4) Die Achorpusteln unterscheiden sich von denen der Melitagra darin, dass diese kleiner, gelblich und nicht trüb-weiss sind, wie die des Achors; dass sie ferner auf rothen, gewöhnlich kreisrunden oder eiförmigen Stellen sitzen, die fast immer ihrer Entwickelung vorausgehen; und endlich, dass die Feuchtigkeit, die aus ihnen austritt, gelber und dicker ist, und hervorragende, gespaltene, schrundige, geborstene, mit Jucken und Hitze begleitete Borken oder Krusten bildet.

5) Die Achorkrusten hingegen sind feucht, weich, gelblich, in einer reichlichen und zähen Flüssigkeit gleichsam gebadet, und haben auch das Eigenthümliche, dass sie mit grosser Leichtigkeit abgeweicht werden können, und dass sie mit eben solcher Schnelligkeit sich erneuern.

6) Was das Sekret beim Achor betrifft, so unterscheidet es sich besonders durch seine Reichlichkeit, seinen ranzigen Geruch und durch sein Zusammentreffen mit einem gewissen Wohlbefinden und einem

Zustande von Gesundheit, der desto markirter wird, je stärker die Aussonderung stattfindet, so dass diese offenbar als eine heilsame oder depuratorische erscheint.

Endlich ist das Alter auch ein unterscheidendes Merkmal. Der Achor befällt nur die Kindheit; wenige Kinder bleiben davon frei, und wenn sie zufällig an inneren Krankheiten leiden, so wird der Achor, wenn er eintritt, oft eine sehr günstige Krise für sie, indem jene Krankheiten damit schwinden.

Wir haben hier absichtlich den Verf. so speziell vorgeführt, um zu zeigen, dass die ungeheure Verwirrung, welche die Nomenklatur in die Dermatonosologie gebracht hat, auch auf ihn übergegangen ist. Er spricht von der *Dartre furfuracée*, der *Dartre squameuse humide* und der Melitagra Alibert's, und stellt ihnen gegenüber die Pityriasis, das Ekzem und die Impetigo Willan's, und macht uns so konfus, dass wir nicht mehr wissen, ob er Alibert, ob er Willan, oder ob er keinen von Beiden richtig aufgefasst hat. Bekanntlich hat die Willan-Bateman'sche Nomenklatur, der auch Thomson, Biett, Rayer und Cazenave gefolgt sind, und die auch in meinem grossen Abbildungswerke angenommen ist, den Vorzug, dass die Ausdrücke scharf und bestimmt definirt sind, vielleicht zu scharf, — denn ganz genau so giebt sie die Natur nicht immer. Halten wir uns bestimmt an die Willan-Bateman'sche Ausdrücke, so müssen wir auch noch den eigentlichen Herpes und vielleicht gar die Sykosis hier herziehen. Wir hätten dann dem Achor folgende Willan-Bateman'sche Formen der Diagnose wegen entgegenzustellen: die Pityriasis, das Ekzem, die Impetigo, den Herpes und die Sykose. Die Pityriasis ist allerdings so ziemlich das, was Alibert *Dartre furfuracée* genannt hat, aber eine Verwechselung zwischen ihr und dem saftigen, feuchten, schmierigen Achor ist, wie der Verf. ganz richtig angegeben hat, nicht gut denkbar. Was aber das Ekzem und die Impetigo betrifft, so haben selbst Willan, Bateman und die anderen Dermopathologen keine genaue Grenzlinie zwischen beiden zu ziehen gewusst; beim Ekzem soll die Bläschenform, bei der Impetigo die Pustelform die elementare bilden, beim Ekzem soll Hitze und ein brennendes Jucken vorhanden sein, bei der Impetigo aber nicht. Indessen werden Bläschen, wenn sie etwas grösser werden, gewöhnlich Pusteln genannt, oder sie gehen, wie man zu sagen pflegt, in Pusteln über; es ist also kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden, und was die Hitze und das Brennen betrifft, so ist das nur ein Beweis von einer lebhafteren

entzündlichen Thätigkeit, welche da sein, aber auch fehlen kann. Ref. gesteht, dass er die Impetigo Willan's und das Ekzem Willan's für eine und dieselbe Krankheit hält, nur dass ihm das Ekzem etwas akuter erscheint. Er glaubt auch, dass beide sich vom Achor gar nicht unterscheiden, sondern wie dieser nur in einer krankhaften, gereizten und vielleicht auch veränderten Thätigkeit der Hautfollikeln bestehen. Ref. gesteht ferner, dass er selbst zwischen dem Willanschen Herpes und den beiden genannten Hautausschlägen keinen Unterschied machen möchte; denn das, was Willan und Bateman als charakteristisches Merkmal für den Herpes betrachten, nämlich die etwas geregelte Gruppirung der Bläschen und das Fehlen des brennenden Juckens, während beim Ekzem die Vesikeln nicht in regelmässigen Gruppen stehen, sondern unregelmässig zerstreuet oder gehäuft, dagegen Hitze und brennendes Jucken bei ihm vorhanden sind, — das Alles scheint dem Ref. keinen wirklichen Unterschied zu begründen, sondern etwas sehr Unwesentliches, Zufälliges, vielleicht von dem Orte des Ausbruches, der Empfindlichkeit der Haut oder der Konstitution des Kranken Abhängiges zu sein. Ref. fühlt sich geneigt, Ekzema, Herpes und Impetigo (wie sie Willan-Bateman und deren Anhänger aufgestellt haben) wieder, nach dem Beispiele der *Alten*, unter der Benennung Impetigo zusammenzuwerfen und sie mit dem Achor für identisch zu halten, nur mit dem Unterschiede, dass die Impetigo bei Erwachsenen, der Achor bei Kindern vorkömmt, und beide ihre geringen Verschiedenheiten nur der Verschiedenheit des Alters, der Konstitution und der Lebensweise zu danken haben. Die Sykosis kömmt dem Achor gegenüber gar nicht in Betracht, insofern sie nur an den Bartstellen vorkommt, und wie es scheint, wohl zu den Tuberkuloiden gehört.

So viel über die Diagnose; gehen wir jetzt zur Aetiologie über. Schon Lorry betrachtet als prädisponirende Ursache des Achors die Weichheit und die Permeabilität der Gewebe, den Reichthum und die Flüssigkeit der Säfte, besonders das Vorherrschen der Lymphe und die Neigung des Schleims zur Säuerung, — Umstände, welche dem Kindesalter eigenthümlich sind. Eine besondere Wichtigkeit legt auch Lorry auf die Art der Ernährung des Kindes. Er tadelt mit Recht das Vollstopfen der Kinder mit Milch, wovon sich nur sehr wenige Mütter abhalten lassen, wenn sie selbst säugen. In der That hat der Arzt in der Praxis mit diesem Uebelstande viel zu kämpfen. So wie das kleine Kind schreit oder stöhnt, wird es an die Brust ge-

legt, ohne dass erforscht wird, weshalb und wodurch das Kind schreit; die eigenen Mütter thun es aus Liebe, die Ammen meist deshalb, um vor dem Geschrei des Kindes Ruhe zu haben. Es hat aber dieses dieselben Nachtheile, wie das Vollpfropfen eines Erwachsenen mit Nahrung, es bewirkt Indigestion Dyspepsie, besonders Säurebildung u. s. w. Lorry betrachtet ferner das Ernähren kleiner Kinder mit reiner Kuhmilch, mit verschiedenen fetten Brühen, dicken Breien und dergleichen, als Ursache des Achor, und Alibert nennt noch das Darreichen von Naschwerk, Kuchen, Zuckerwerk, rohen Früchten u. s. w. als zu den Ursachen des Achor gehörig.

Noch finden wir bei Lorry die Annahme einer von der Mutter auf das Kind vererbten herpetischen Dyskrasie als ätiologisches Moment; indessen ist die herpetische Dyskrasie, obwohl noch vor wenigen Jahren häufig angenommen, keineswegs als solche erwiesen; man hat wenigstens nie zu definiren gewusst, worin sie besteht. Ein eigenthümliches herpetisches Virus, wie etwa das syphilitische, das von Vater und Mutter auf das Kind vererbt werden kann, ist gewiss nicht anzunehmen. Ist der Achor eine Eliminationskrankheit, d. h. eine Krankheit, die darin besteht, dass schlechte oder unbrauchbare Stoffe, welche im Blute sich befinden, auf die Haut hin abgeschieden werden, so kann das noch keine Dyskrasie genannt werden, denn dann müssten viele andere Krankheiten eben so heissen. Es könnte nur dann von einer angeborenen herpetischen Dyskrasie die Rede sein, wenn man annimmt, dass das Kind gleich mit einem kontaminirten oder schlecht beschaffenen Blute geboren wurde. Es ist indess wahrscheinlicher, dass, wenn die Konstitution der Mutter eine schlechte ist, deren Milch als die eigentliche Ursache des Achors, der beim Kinde entsteht, zu betrachten ist. Der Verf. hält auch äussere Einwirkungen, namentlich den anhaltenden Kontakt fetter und staubiger Stoffe, Unreinlichkeit, Einwirkung äusserer Wärme, Klima, Temperatur, den Zahnungsprozess, und alle die anderen Umstände, welche den Antrieb des Bluts nach dem Kopfe hin steigern, selbst einen Schlag, einen Stoss, für ursächliche Momente des Achors.

Was die Prognose betrifft, so ist der Achor an und für sich keine gefährliche, sondern vielmehr eine heilsame Krankheit. Nur wenn der Achor mit irgend einem organischen Leiden, mit einer bedeutenden Drüsenaffektion, oder gar mit Ulzeration der Schleimhäute verbunden ist, kann er Bedenken erregen.

Wir kommen jetzt zur Behandlung. Die einfachsten, gutar-

tigsten Formen, nämlich der sogenannte *Achor lactuminosus* oder die wahre *Crusta lactea* ist, wie Lorry und Andere annehmen, wohl am besten der Natur zu überlassen; nur gegen das Jucken muss etwas gethan werden, und hier ist strenge Reinlichkeit das beste Mittel. Des Abends werden die Stellen mit irgend einem guten milden Oele, namentlich mit Mohnöl oder Süssmandelöl, eingesalbt, und des Morgens wird mit einem in mildem Seifenwasser getränkten Schwamme oder Dachshaarpinsel so viel von den Krusten abgelöst, als sich während der Nacht losgeweicht haben. Reicht dieses Verfahren nicht aus, so muss man sich der Fomente oder gar der Kataplasmen bedienen, die aber sehr leicht und oft gewechselt werden müssen.

Der andere Theil der Behandlung bezieht sich auf die Anordnung der Diät und das übrige Verhalten. Reine Luft, gute angemessene Nahrung, namentlich eine nicht zu fette Milch, die Anwendung milder Abführmittel, grösste Reinlichkeit des Körpers, einfache Bäder, machen die eigentliche Behandlung des Achors aus. Wo der Achor mit anderen Krankheiten verbunden ist, müssen diese vorzugsweise behandelt und der Achor nur dann in Betracht gezogen werden, wenn er gar zu lästig wird. Ist der Achor mit lebhafte Entzündung begleitet, so muss diese durch laue Fomente von *Decoct. Capit. Papaveris* mit etwas Opium und selbst durch Ansetzen von Blutegeln in die Nähe der Krusten bekämpft werden. Sehr gefährlich ist die Reperkussion des Achors; sie würde geschehen, wenn man Kälte, Blei, Zink, Alaun und andere austrocknende und adstringirende Mittel anwenden wollte. Beispiele von Kindern, die in Folge der gewaltsamen Störung oder Unterbrechung des Achors gestorben sind, findet man bei vielen Autoren.

Bei längere Zeit bestehendem, schon etwas eingewurzeltem Achor ist es daher von grosser Wichtigkeit, sogleich Exutorien anzulegen, und zwar entweder mittelst des Seidelbastes oder eines anhaltenden Blasenpflasters auf dem Arme. Besonders wichtig ist eine Revulsion auf den Darmkanal durch Manna, Senna, Rhabarber, Kalomel u. s. w.

Ist die Sekretion an Kopf und Antlitz zu frühzeitig zurückgetreten, oder glaubt man, dass sie reichlicher sein müsste, um dem Kinde sein Wohlbefinden wieder zu verschaffen, so muss man suchen, sie wieder hervorzurufen oder zu verstärken. Zu diesem Zwecke ist es am besten, den Kopf recht warm, entweder mit einer Pelzkappe zu bedecken oder ihn durch eine Wachstaffentkappe zu stärkerer Transpiration zu zwingen. Ist die Kopfhaut dadurch zu einem stärkeren Turgor gebracht, ist sie geröthet, empfindlich, so rathet der Verf. etwas

reizendere Dinge aufzulegen, namentlich ein Kohlblatt, oder ein Blatt von *Alisma Plantago*. Ref. würde aber statt alles dessen eine Einreibung, zuerst einer schwächeren, dann einer stärkeren Autenriethschen Salbe auf den Kopf für viel einfacher, wirksamer, sicherer und reinlicher halten.

Zu allen Zeiten haben die sogenannten Blutreinigungsmittel oder Depurantia eine Rolle gespielt; wie man sich auch deren Wirkung erklären, was man auch von den Blutschärfen halten mag, — die neuere Zeit hat es bestätigt, dass sich im Blute krankhafte Stoffe anhäufen können, die auf verschiedenem Wege, namentlich aber durch die Harnorgane, aus demselben ausgeführt werden. In der That sind die seit älteren Zeiten bekannten und gerühmten Blutreinigungsmittel solche, die hauptsächlich auf den Urin, zum Theil auch auf den Schweiss, auf den Speichel und auf die Sekretionen der Leber und des Pfortadersystems wirken. Was den Achor betrifft, so hat schon Lorry, wenn diese Krankheit hartnäckig ist, den Gebrauch von *Ononis spinosa, Capparis spinosa, Centaurea, Acanthium* und endlich die Antimonialien empfohlen. Jemina empfiehlt den Brechweinstein *refracta dosi* innerlich, und will, dass man ihn den Säugenden gebe, um durch deren Einfluss auf das Kind zu wirken. Strack, der eine Dissertation über die *Crusta lactea* geschrieben hat, rühmt die *Herba Jaceae* ganz besonders; es soll dieselbe frisch oder getrocknet, mit Kuhmilch gekocht, bisweilen in Pulverform, bisweilen in Pastenform angewendet werden.

Indessen kömmt bei Anwendung aller dieser Mittel auch viel auf die Konstitution und den Habitus des Kindes an. Es kann Umstände geben, wo für sich oder neben den genannten Mitteln die Jodine, das Eisen, der Schwefel, oder Jodeisen, Jodschwefel indizirt sind. Wir werden später Gelegenheit haben, einige Formeln bekannt zu machen.

b) Von der Porrigo.

Im Eingange haben wir gesehen, dass der Verf. zur Klasse der herpetischen oder Flechtengrinde (*gourmes herpétiques ou dartreuses*) drei Arten zählt: den Achor, den wir so eben betrachtet haben, die Porrigo and den Favus.

Unter Porrigo versteht er eine dem Kindesalter eigenthümliche Eruption, welche besonders auf der Kopfhaut, aber auch auf anderen mit Haaren bedeckten Stellen ihren Sitz hat, sich vorzugsweise durch die Entwickelung kleiner, weisser oder gelblicher, mit oder ohne erythematöse Umgebung verbundener Pusteln charakterisirt, die bald eine

einfache Abschuppung oder Furfuration der Epidermis, bald bräunliche oder gelbliche Krusten von verschiedener Grösse und **Form**, bald blosse Runzeln, Berstungen oder Schrunden der verdickten **Epidermis** zur Folge hat. Diese Eruption, von wesentlich depuratorischem Charakter, ist immer mit einem mehr oder minder lebhaften **Jucken** begleitet, und hinterlässt partielle, aber andauernde kahle Stellen, die meist von einer stinkenden, nach ranziger Butter riechenden Absonderung feucht oder schmierig sind.

Auch die Porrigo ist eine Krankheit des kindlichen Alters; wie unterscheidet sie sich vom Achor? Nur darin, scheint der Verf. zu glauben, dass sie später eintritt, selten vor der ersten Dentition, während der Achor nur bei Säuglingen vorkommt. Es wäre dieses aber kein Grund, zwischen Achor und Porrigo einen Unterschied zu machen, und aus ihnen zwei gesonderte Arten zu bilden; der Verf. hat übrigens seine Definitionen und Distinktionen von seinem Lehrer Alibert, der, wie man weiss, die Hautkrankheiten in ihrem Gesammtbilde aufzufassen strebt, und in der Charakteristik der einzelnen Arten nicht sehr scharf war. Denn Jucken, Bildung von Bläschen, Pusteln, Schorfe, ekzematöse Röthe, stinkender oder ranzig riechender Ausfluss u. dergl. sind, namentlich bei den hier in Rede stehenden *Formen*, keine Merkmale, denn sie kommen sowohl dem Achor als der hier gemeinten Porrigo zu.

Wenn wir wissen wollen, was unter der hier vom Verf. aufgestellten Porrigo gemeint sei, so müssen wir doch immer wieder auf die Unterscheidungsmerkmale Willan's und Bateman's zurückgehen, denn so künstlich sie auch sind, so scharf bestimmt sind sie. Der Verf. thut es selber; die Elementarform der von ihm hier gemeinten Porrigo, sagt er, ist die Pustel; damit ist uns freilich noch wenig gedient, denn nun kann es eben so gut die Willan-Bateman-sche Impetigo oder ihr Favus sein, weil sie von beiden die Pustel für die Elementarform halten. Abgesehen davon, dass Ref. überhaupt die Eintheilung zwischen Vesikel und Pustel für eine sehr willkührliche hält, so lange zur Unterscheidung beider kein anderer Grund als die Grösse und die Konsistenz des Inhalts, welches Beides doch sehr variabel ist, gefunden ist, abgesehen davon scheint dem Ref. aus dem, was Verf. weiter sagt, hervorzugehen, dass unter der hier aufgestellten Porrigo nur Formen der Willan-Bateman'schen Impetigo, sofern sie auf der Kopfhaut ihren Sitz haben, zu denken seien. Was Ref. über diese Impetigoformen denkt, wie er sie mit Ekzem und

Achor dem Wesen nach für ganz identisch zu halten sich geneigt fühlt, hat er schon angegeben. Man höre die kurze Beschreibung der Porrigo, die der Verf. nach Alibert giebt, und man wird vielleicht gleich erkennen, dass Ref. nicht Unrecht hat.

„Die Porrigo beginnt wie eine akute Krankheit; 2 — 3 Tage vor der Eruption schmerzt die Stelle; dann gesellt sich ein Jucken von verschiedener Heftigkeit hinzu; endlich brechen kleine weissliche Pustelchen hervor, welche sehr bald platzen und eine ichoröse, gewöhnlich nicht sehr reichliche Materie austreten lassen, die zu einfachen schuppigen Blätterchen, oder dünnen lamellenartigen Krusten vertrocknen, die weisslich oder röthlich, festansitzend sind, fast immer dachziegelförmig übereinander liegen und um die Haarwurzeln gruppirt sind."

„Die Pusteln nähern sich nach und nach; es wiederholt sich der Ausfluss, die purulente Materie sammelt sich unter den Krusten an, aber bald vertrocknen diese und stossen sich ab. Bald geschieht diese Abstossung in dünnen Schuppen, bald staub- oder kleienförmig (woher der Ausdruck *Porrigo furfurans*), bald bleiben die Krusten längere oder kürzere Zeit mit den Haaren verklebt, und es bildet sich eine Borke, die sich eindrücken lässt."

„Die Krankheitsprodukte bestehen demnach hier aus Epidermistrümmern und aus dem vertrockneten oder noch feuchten Sekrete der entzündeten Textur. Dass die Entzündung aber bis auf die Haarzwiebeln sich erstreckt, beweist das so häufige Ausfallen der Haare, an denen gewöhnlich eine kleine Epidermisschuppe ansitzt und sich mit loslöst."

Das einzige unterscheidende Merkmal wäre also hier das Ausfallen der Haare, denn alle übrigen Angaben passen auch auf den Achor; aber Säuglinge, bei denen der Achor nur angenommen wird, haben wenig Haar, und haben sie Haare auf dem Kopfe, so gehen sie mit der *Crusta lactea*, wenn sie daselbst ihren Sitz hat, auch mit ab.

Alibert unterschied bekanntlich auch eine asbestartige Porrigo (*Porrigo amiantacea*); diese unterscheidet sich von der vorigen Art durch nichts, als dass die vertrockneten Schuppen weisser, glänzender sind, und sogar perlfarben schillern. Diese Eigenthümlichkeit ist eben so etwas Zufälliges, als wenn statt einer einzigen grösseren Hautstelle am Kopfe mehrere kleinere inselförmig getrennt von einander erkranken und der Sitz einer entzündlichen Sekretion werden. Es bilden sich sodann verschiedene getrennte Gruppen von Bläschen und kleinen Pusteln, und folglich durch deren Vertrocknung getrennte inselförmige Schorfe. Es ist dieses die *Porrigo granulata* Alibert's, und der Verf. hat Unrecht, wenn er meint, dass es die Bateman'sche *Porrigo lupinosa* sei. Es ist vielmehr nach Bateman eine *Impetigo sparsa;* unter *Porrigo lupinosa* verstand Bateman den ächten, ansteckenden Favus, von dem später die Rede sein wird.

Wir übergehen noch einige andere, eben so bedeutungslose Spielarten in der Form, wie die Schorfe sich gestalten; wir bemerken nur, dass, obwohl alle die hier aufgezählten Arten für viel länger dauernd und hartnäckiger gelten müssen, als der Achor bei Säuglingen, doch auch der Verf. das Wesen derselben für gleichbedeutend hält, indem er sie ebenfalls für eine krankhaft oder entzündlich gesteigerte Thätigkeit der *Folliculi sebacei* der Haut hält, und nur noch die Erkrankung der Haarzwiebeln als etwas sehr Wesentliches, das hier konstant, beim Achor aber nur Komplikation sein soll, hinzurechnet.

Alibert hielt die Kapillarblutgefässe für den Sitz der *Porrigo granulata*, die membranösen Säcke der Haare für den der *P. amiantacea*, die Haarbälge für den der *P. tonsurans*, und den Papillarkörper für den der *P. furfurans*. Es sind das aber Alles nur Hypothesen.

In der Diagnose bemüht sich der Verf., einen Unterschied zwischen Achor und dem, was er unter Porrigo versteht, aufzustellen; es gelingt ihm aber unseres Erachtens durchaus nicht; es kommt Alles darauf hinaus, die Krankheit, wenn sie Säuglinge betrifft, Achor oder *Crusta lactea*, dagegen wenn sie später sich einstellt, Porrigo zu nennen. Eben so wenig gelingt ihm die Unterscheidung von der Bateman'schen Impetigo, die offenbar, wenn sie auf haarigen Stellen ihren Sitz hat, das ist, was der Verf. Porrigo nennt. Leichter ist die Unterscheidung von Pityriasis und Psoriasis, eben so von Sykosis.

Die Ursachen sind dieselben wie beim Achor; Unreinlichkeit, schlechte Luft, schlechte Nahrung, schlechtes Verhalten u. s. w. sind hier auch aufzuzählen. Ansteckend sind diese Ausschlagsformen nicht, obwohl nicht zu leugnen, dass das Sekret durch seine Schärfe, auf eine empfindliche Hautstelle übertragen, sie röthen, entzünden und dort Bläschen entwickeln kann; aber dann wirkt das Sekret nur wie jede andere Schärfe. Verf. leugnet auch die Kontagiosität, dagegen nimmt er ein angeborenes *Vitium herpeticum*, das heisst eine angeborene herpetische Dyskrasie an, worüber Ref. schon einmal missbilligend gesprochen hat.

In Bezug auf Prognose ist nur zu sagen, dass die hier betrachteten Ausschlagsformen viel hartnäckiger sind, als der Achor; dass also diese Porrigo, wo sie sich eingewurzelt hat, viel schwerer zu heilen ist, dass jedoch ihre Reperkussion oder gewaltsame Vertreibung eben so gefährliche Folgen hat.

Die Behandlung besteht ebenfalls wie beim Achor in Anwen-

ung von Oelen und erweichenden Mitteln zur behutsamen Ablösung er Schorfe und zur Beschwichtigung der Entzündung. Für letztere mögen manchmal sogar Blutegel hinter die Ohren, an die Schläfen, n die Stirn und im Nacken nothwendig sein. Wegen des Juckens Lotionen mit etwas Opium versetzt. Dabei Abführmittel behufs einer Revulsion auf den Darmkanal. Ist die Entzündung vorüber, so passen Lotionen von Seifenwasser, alkalische Wasser, Schwefelwasser mit inem Zusatze von Gallerte gemässigt u. s. w. Ferner blutreinigende Tränke mit Schwefel oder Antimon; Jodeisen (in Form des *Syrupus antiherpeticus*, dessen Formeln später angegeben wird), schwefelsaures Eisen und andere Tonika — nach Umständen.

Wir kommen nun zu dem Favus oder zur ächten, ansteckenden Porrigo.

(Fortsetzung im folgenden Hefte.)

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Ueber das Entropion und Ektropion in der Kindheit.

„Wir haben, m. H., in unseren Sälen zwei Kinder, einen Knaben und ein Mädchen, beide am Entropion leidend, auf welche ich, ebensowohl wegen der Wichtigkeit der Krankheit an sich, als auch wegen der Eigenthümlichkeit, die sie gerade in der Kindheit darbietet, Ihre Aufmerksamkeit hinrichten will."

„Das Mädchen ist 6 Jahre alt, eben erst vom Lande hereingekommen, und hat eine Umstülpung des unteren Augenlids nach innen, eine Krankheit, die man bekanntlich Entropion nennt; der Knabe ist 7 bis 8 Jahre alt, und leidet auf ähnliche Weise. Wir werden gleich Gelegenheit haben, sowohl die Analogieen als die Verschiedenheiten dieser beiden Fälle darzuthun."

„Das Entropion ist eine in der Kindheit sehr häufige Krankheit; fast immer entspringt sie aus einer Augenentzündung, welche vorzugsweise die Bindehaut der Augenlider betrifft; diese Palpebralkonjunktivitis hat mit der Zeit Granulationen zur Folge, dann aber wird die

Schleimhaut verdickt, wie immer in Folge einer chronischen Entzündung; endlich zieht sie den Augenlidrand nach innen, und es bildet sich nun das, was man Entropion nennt. Dieses Hineinstülpen geschieht öfter am oberen Augenlide als am unteren, und in den uns vorgekommenen Fällen hatten wir es nur selten mit den unteren Augenlidern zu thun. Die beiden Kinder, die wir hier vor uns haben, haben für uns das Interesse, dass sie beide Varietäten darbieten; das Mädchen hat das Entropion an beiden unteren, der Knabe an beiden oberen Augenlidern."

„Ich habe Ihnen so eben gesagt, dass eine andauernde Entzündung der Palpebralbindehaut die Hauptursache des Entropions ist; allein dies ist nicht die einzige Ursache. Der Knabe freilich hat an wiederholten Augenentzündungen gelitten, aber bei dem Mädchen war das nicht der Fall. Bei ihm ist das Entropion angeboren, wenigstens bemerkte man dasselbe gleich nach der Geburt, und wenn wir die Stellung der Augen genau betrachten, so können wir es auch nicht bezweifeln. Es ist dies ein sehr seltener Fall, der einzige, den ich kenne, und ich kann mich auch nicht entsinnen, irgendwo von einem angeborenen Entropion gelesen zu haben. Bekanntlich hat die Umstülpung des Augenlids nach innen die Wirkung, dass die Wimperhaare mit dem Augapfel in Berührung kommen, und durch die Reibung eine Entzündung der Schleimhaut desselben bewirken. Bei unserem kleinen Mädchen aber ist keine solche Wirkung eingetreten; das Auge ist weder entzündet noch geröthet, und man bemerkt bei diesem angeborenen Entropion keine von den üblen Folgen, die man beständig bei dem nicht angeborenen zu beobachten Gelegenheit hat. Es scheint, dass bei dem angeborenen Entropion der Augapfel an den Reiz gewöhnt ist, und dass darum die gewöhnlichen Folgen desselben unterbleiben. Indessen, sagt das kleine Mädchen, erscheine es ihm bisweilen vor den Augen wie ein Schleier, der es am Sehen hindert. Da späterhin denn doch diese Stellung der Augenlider zu gefährlichen Entzündungen Anlass geben könnte, da ferner ein sehr entstellendes Aussehen daraus entspringt, so wird doch ein chirurgisches Eingreifen nicht ausbleiben können."

„Entschlossen, die Operation vorzunehmen, hatten wir jedoch erst zu versuchen, ob es nicht möglich sei, auf unblutigem Wege diesem Bildungsfehler zu begegnen; allein da uns dieses nicht gelang, verfuhren wir auf folgende Weise. Am vorderen unteren Theile des Augenlids bildeten wir wie gewöhnlich einen elliptischen Hautausschnitt;

denn indem Vernarbung eintrat und die beiden Wundränder sich näherten, erwarteten wir eine vollständige Geraderichtung des Augenlids. Bei dem kleinen Mädchen geschah dieses nicht vollständig, so wie wir es hofften und wünschten. Zwar berührten die Wimpern nicht mehr den Augapfel, und es war dieses schon ein sehr grosser Vortheil, den wir durch die Operation erlangt hatten, aber die Augenlider stehen noch nicht so gerade, wie sie sollten. Dennoch hatten wir die Operation so vollständig und genau wie möglich gemacht. Da nun dieses Verfahren doch sonst immer den besten Erfolg uns gewährt hatte, so müssen wir uns fragen, weshalb ein solcher Erfolg nicht auch hier eingetreten ist. Betrachten wir das Mädchen genauer, so wird uns der Grund hiervon zum Theil ersichtlich; das angeborene Entropion nämlich entspringt zum grössten Theile aus der Konformation der Wangen des Kindes; das Wangenbein nämlich ist an jeder Seite bei diesem Kinde so vorspringend, dass die Augen viel tiefer liegend erscheinen, als es in diesem Alter zu sein pflegt. Wegen dieses Vorspringens der Knochen wird die Narbe nicht so herabgezogen, wie da, wo die Backen nach unten zu herabhängend sind, so dass deren Gewicht hinreicht, das Resultat zu vervollständigen, das wir zu erlangen gesucht haben. Bei diesem Mädchen sinken die Backen nicht hinab, sondern sie steigen aufwärts, und streben gleichsam die Wundränder einander zu nähern, und dieser Umstand ist es, welcher das Resultat unserer Operation grösstentheils beeinträchtigt hat. Vielleicht auch, — denn wir müssen alle möglichen Gründe aufsuchen, — vielleicht auch haben wir keinen hinreichend grossen Substanzverlust bewirkt; wir nehmen uns deshalb vor, späterhin einen grösseren Ausschnitt zu bewirken, um die Augenlider vollkommen gerade zu richten. Bemerken müssen wir noch, dass wir in diesem Falle bei unserer Operation sehr begünstigt worden sind; es ist weder Blutung noch Erysipelas, noch irgend ein anderer Zufall eingetreten. Die Narben sind linienförmig, und sie werden gewiss kaum mehr sichtbar sein, wenn alle Röthe verschwunden ist; sehr interessant ist der Umstand, dass wir keiner Art von Sutur bedurften, und dass die natürliche Retraktion in den Narben vollkommen hinreichte."

„Was den Knaben betrifft, so verhielten sich die Dinge anders. Das Entropion ist bei ihm durch eine Augenentzündung, und zwar durch eine Entzündung der Schleimhaut des oberen Augenlides, bewirkt worden. Bei ihm hat die Einstülpung des Augenlids durch den anhaltenden Kontakt der Wimpern gegen den Augapfel eine chronische

Reizung der Bindehaut bewirkt. Am linken Auge ist die Affektion so heftig gewesen, dass die Hornhaut sehr trübe und mit einer sehr dicken Wolke bedeckt war. Am rechten Auge scheint die Entzündung weniger heftig gewesen zu sein; zwar hatte die Hornhaut auch ein Wölkchen, aber ein kleineres und dünneres; mit diesem Auge sieht das Kind wenigstens so viel, um sich führen, aber nicht genug, um die Gegenstände deutlich unterscheiden zu können."

„Bei diesem Knaben haben wir also am oberen Augenlide zu operiren, und wir werden uns hier ganz desselben Verfahrens bedienen. So wie es gelingt, die Augenlider gerade zu richten und die Augäpfel von dem Kontakte der Wimpern zu befreien, pflegen gewöhnlich auch die Augenentzündung und deren Folgen von selber, obwohl langsam, zu verschwinden. Wird dieses auch bei unserem Knaben der Fall sein? Die Trübung der Hornhaut des linken Auges ist jedoch so bedeutend, dass wir es kaum hoffen; vielleicht wird Besserung eintreten. Aber wir fürchten, dass dieses Auge seine Durchsichtigkeit nicht vollständig wieder erlangen wird. Dagegen zweifeln wir nicht, dass das rechte Auge vollkommen wieder hergestellt werden wird."

„Bei diesem Knaben wird die Narbe, die wir zu bilden haben, kleiner zu sein brauchen als bei dem Mädchen. Ich bin entschlossen, nach dem Ausschnitt des Lappens zwei Hefte anzulegen, obwohl ich sonst gegen die Hefte bin, da die Fäden die Texturen durchschneiden, ehe die Vereinigung geschehen kann, obwohl wir immer in solchen Fällen Sorge getragen haben, die Fäden auf ein kleines Pflasterstreifchen aufzuwickeln. Kann mittelst dieser Vorsicht es dahin gebracht werden, dass der Faden nur zwei Tage lang die Ränder der Wunde aneinander hält, ohne die Haut zu durchschneiden, so ist der Erfolg gewöhnlich ein sehr vollständiger, denn die Narbe wird linienförmig und bleibt kaum sichtbar. Uebrigens legen wir die Fäden nicht nach dem Schnitte an, sondern vorher, wodurch wir nebenbei auch den Vortheil erlangen, dass wir in kürzerer Zeit die Operation vollenden. Es wird also an der vorderen Fläche des oberen Augenlides eine Querfalte gefasst, und durch diese Falte hindurch werden in gewisser Entfernung von einander zwei Fäden gezogen; ein Gehülfe hält die beiden Fäden gespannt, mittelst einer Scheere wird nun die Falte abgetragen. Alsdann werden die Fadenenden, wie schon angegeben, um kleine Pflasterzylinder gewickelt; drückt der Pflasterzylinder, so nehme man lieber einen Scharpiezylinder. Bisweilen ist noch besser, die Fadenenden nicht abzuschneiden, sondern sie an die Stirn oder die Mütze

des Kranken mittelst eines um den Kopf gelegten Bandes zu befestigen; dadurch wird es möglich, das Auge offen und das obere Augenlid in die Höhe gehoben zu erhalten. Bei Kindern ist jedoch dieses nicht gut ausführbar; es ist gut, wenn sie schlafen, man kann sie auch ohne Nachtheil des Schlafes nicht berauben."

„Im Allgemeinen ist die Operation bei Kindern von gutem Erfolge begleitet, und es treten selten üble Folgen ein. Sehr selten folgt Erysipelas, welches wir bei Erwachsenen schon öfter eintreten gesehen haben. Wir bedienen uns keiner anderen Vorsicht weiter, als dass wir wiederholentlich Kompressen, in kaltes Wasser getaucht, auflegen lassen, starke Fussbäder verordnen, und das Kind eine Zeit lang im Zimmer halten."

„So viel, m. H., über das Entropion; wir haben aber auch sehr häufig in diesem Hospitale bei Kindern mit dem entgegengesetzten Zustande zu thun, nämlich mit dem Ektropion oder der Umstülpung des Augenlides nach aussen. In diesem Augenblick haben wir hier ein drei Jahre altes Kind mit dieser Krankheit am oberen Augenlide des rechten Auges. Fast immer ist bei Kindern das Ektropion die Folge einer Verbrennung; sehr selten ist sie angeboren. Eine Verbrennung ist auch in diesem Falle die Ursache. Das Verfahren ist dem vorhergehenden ganz entgegengesetzt, nämlich man muss darauf ausgehen, die Bindehaut des Augenlides zu verkürzen, um letzteres gerade zu richten. Man hat zu diesem Zwecke die wiederholte Aetzung der inneren Fläche des Augenlides vorgeschlagen; allein dieses Verfahren ist als ein sehr schmerzhaftes jetzt verlassen. Man zieht es vor, in die äussere Haut des Augenlides einen Einschnitt zu machen, um ihr so ihre gehörige Länge wieder zu verschaffen. Vor acht Tagen haben wir an diesem Kinde einen dreieckigen Lappen gebildet, oder vielmehr wir bildeten zwei Schnitte, die nach oben zusammenstiessen und ein Dreieck bildeten, dessen Basis von dem Augenlidrande gebildet ist. Wir haben dann von der Spitze aus den Lappen so weit abgetragen, bis das Kind uns im Stande zu sein schien, das Auge zu schliessen. In der That ist der Erfolg bis jetzt noch ein ganz vortrefflicher; das Augenlid kann geschlossen werden, und der freie Rand des oberen berührt den des unteren. Nachdem wir dieses Resultat erlangt hatten, versuchten wir die Narbe dadurch zu verkleinern, dass wir am Stirnrand einen Einschnitt machten, und dann durch Durchziehung von zwei Fäden durch die Ränder der Augenlidwunde diese einander zu nähern trachteten. Am folgenden Tage aber hatten die Fäden die

Haut durchschnitten, und jetzt ist die Wunde eben so gross, wie sie es im Augenblicke der Operation war. Die Narbe ist allerdings keine besonders schöne, aber sonst ist der Erfolg ein vollkommen glücklicher zu nennen."

„Es ist hier später ein Erysipelas am Arm eingetreten, welches jedoch mit der Vakzination zusammentraf und ihr allein zuzuschreiben war; es verlor sich dieses jedoch sehr bald von selber."

B. *Hôtel-Dieu* in Paris (Klinik von Roux).

Bemerkungen über die autoplastischen Operationen im Allgemeinen und über die Staphylorrhaphie im Besondern.

„Indem ich, m. H., Ihnen von einer Operation sprechen will, die ich gegen eine angeborene Gaumenspalte vorgenommen habe, ergreife ich die Gelegenheit, über Autoplastik überhaupt Ihnen einen Vortrag zu halten; ich fühle mich dazu bewogen, theils weil der Zufall es gewollt hat, dass ich an diesem Zweige der Kunst einen sehr lebhaften Antheil gehabt habe, theils auch weil der Gegenstand an sich *ein sehr* fruchtbarer und des grössten Interesses würdig ist, und endlich weil ich glaube, dass er noch nicht mit aller derjenigen Rücksicht auf die Praxis behandelt worden, deren er fähig ist. Bedenken muss ich freilich, dass die Zeit uns drängt, ich werde deshalb auch nur einige Hauptpunkte berühren können, werde aber bemüht sein, Ihnen das Wesentliche kurz zusammen zu stellen."

„Keinesweges ist der glückliche Gedanke, die mehr oder weniger zerstörten oder fehlenden Theile des Körpers wieder zu ersetzen, der neueren Zeit entsprungen; er ist Eigenthum einer viel früheren Zeit, jedoch niemals ist er so verfolgt, entwickelt und durchdacht worden, als in den letzten 25 Jahren. Die neueren Wundärzte haben nicht nur die älteren Verfahrungsweisen vervollkommnet, sondern sie haben auch ganz neue erfunden. Worin gerade die neuere Chirurgie sich glänzend erwiesen hat, ist die Wiederbildung von Organen oder Organtheilen, welche durch irgend eine Ursache verloren gegangen sind."

„Diese Wiederbildung, fast immer nur auf Kosten der nächstgelegenen Fleischparthieen gebildet, ist im Allgemeinen mit dem Ausdrucke **Autoplastik** oder **Anaplastik** bezeichnet worden. Indessen scheint uns zwischen diesen beiden Ausdrücken ein Unterschied ge-

macht werden zu müssen. Geschieht, was freilich meistens der Fall ist, der Wiederersatz durch Substanz, welche dem Subjekte, an dem man operirt, selber angehört, und von der Stelle, wo der Wiederersatz geschieht, nicht weit entfernt ist, so würden wir diese Operation Autoplastik im engeren Sinne oder auch wohl Anaplastik nennen. Dagegen würden wir uns des Ausdrucks Heteroplastik bedienen, wenn der Wiederersatz durch Substanz geschieht, die entweder einem lebenden Thiere entnommen ist, oder vom Subjekte, an dem man operirt, selber herkommt, jedoch sehr entfernt von dem Orte der Operation."

„Allein wir haben uns einmal daran gewöhnt, das Wort Autoplastik im weiteren Sinne zu gebrauchen; wir bedienen uns desselben *für alle* Operationen, welche darauf hinzielen, theils abnorme Oeffnungen zu schliessen, theils getrennte Theile zu vereinigen, theils endlich fehlende Theile wieder zu ersetzen. Demnach rechnen wir dahin nicht nur die Neubildung einer fehlenden Nase, eines fehlenden Augenlides u. s. w., sondern auch die Vereinigung einer Lippenspalte, einer Gaumenspalte, die Verstopfung eines Loches u. s. w. Es ist aber bei alledem gleich in die Augen fallend, dass eine Eintheilung der Autoplastik in verschiedene Arten nothwendig wird."

„Bevor ich an die *Aufzählung* derselben gehe, mögen Sie mir die Bemerkung gestatten, dass keine autoplastische Operation, von welcher Art sie auch sei, ohne Sutur zu Ende geführt werden könne; dieses Mittel ist unerlässlich, es ist das Ende des eigentlichen Operationsaktes. Es wird Ihnen sehr bald deutlich werden, wie grundlos und verwerflich die Scheu ist, welche einige, obwohl sonst sehr verdienstvolle Chirurgen des vorigen Jahrhunderts gegen die Sutur gehabt haben; der berühmte Louis verwarf die Naht sogar gegen die Hasenscharte, wo sie, wie Sie wissen, so schönen Erfolg hat. Dieses Vorurtheil war in der That ein ungerechtes. Was würden diese älteren Chirurgen jetzt sagen, wenn sie uns die Nähte so häufig anwenden sähen. Wir können die Suturen nicht mehr entbehren, wir freuen uns, unter mehreren Arten von Suturen den Umständen gemäss wählen zu können. Leider nur reichen in vielen Fällen die Suturen nicht aus, und man muss ihnen noch durch Nebenmittel zu Hülfe kommen. Ohne Suturen halte ich die autoplastischen Operationen für durchaus unmöglich."

„Da in neuerer Zeit das Feld für die autoplastischen Operationen

sehr ausgedehnt worden ist, so hat auch die Verschiedenheit der Operationsweisen zugenommen. Man unterscheidet folgende Arten:

Erstens. Autoplastik durch einfache Annäherung der Theile, die sehr beweglich und elastisch sind, und daher leicht genähert und vereinigt werden können; dahin gehört die Operation der Hasenscharte, des gespaltenen Gaumens, des Dammrisses u. s. w. Hier sind die Theile so organisirt, dass sie sich leicht vereinigen, wenn man sie durch die Art von Sutur, die für sie passt, vereinigt, und man muss sich sehr wundern, dass Hr. Dieffenbach, dieser geschickte Chirurg, dem die Autoplastik so sehr viel verdankt, es für nothwendig gehalten hat, bei den Operationen der Gaumenspalte und des Dammrisses an den Seiten der Sutur selber Längenschnitte zu machen. Ich gestehe, dass ich sie in den meisten Fällen für durchaus unnütz halte.

Zweitens. Autoplastik durch ausserordentliche Extension der Theile. Es giebt Fälle, wo es nicht hinreicht, die getrennten Theile aneinander zu ziehen, um sie zu vereinigen; man muss sie dem Zuge in einem gewissen Grade unterwerfen und sie in diesem Zustande von Ausdehnung eine Zeitlang erhalten, weil sonst die Vereinigung nicht stattfinden würde. Hierher gehört z. B. die Operation der doppelten Hasenscharte mit einem mittleren Tuberkel, wenn es darauf ankömmt, die beiden Spaltränder der Lippe durch eine einzige Sutur mit Beseitigung des Tuberkels zu vereinigen; man würde in diesem Falle, ohne die Theile in grösserem oder geringerem Grade zu dehnen, nicht zum Zwecke gelangen.

Drittens. Autoplastik mit tiefen Seitenschnitten. Es giebt Fälle, wo ganz abgesehen von der bedeutenden Dehnung der Theile es nothwendig ist, seitliche Einschnitte oder schiefe Einschnitte nach der Tiefe zu zu machen, um eine Vereinigung zu erzielen. Hierher gehört die Operation der Gaumenspalte mit Auseinanderstehen der Gaumenknochen, in welchem Falle die einfache Staphylorrhaphie nicht ausreichen würde, sondern an jeder Seite der Naht ein Schnitt nothwendig wäre. So ferner die Operation des Lippenkrebses in gewisser Ausdehnung, so dass ein beträchtlicher Substanzverlust nothwendig wird, in welchem Falle man einen Schnitt am untern Rande des Unterkiefers machen muss, um die Theile zu verlängern und einander nähern zu können. Solche Fälle sind es, in denen die von Herrn Dieffenbach eingeführten Hülfsschnitte von Vortheil sind.

Viertens. Autoplastik durch Erzeugung neuer Textur. Bekanntlich entwickeln sich in einer Wunde, namentlich wenn sie nicht

durch Adhäsion heilt, Granulationen, die man gewöhnlich, obwohl mit Unrecht, Fleischwärzchen nennt, und die durch ihre Vereinigung und ihre fernere Organisation diejenige Substanz bilden, welche man Narbe nennt; diese Textur, die mit der Zeit hart wird, und sehr wenig Ausdehnung zeigt, ist jedoch einer grossen Verlängerung fähig, wenn sie kurz nach seinem Entstehen, mechanischen Einwirkungen unterworfen wird. Mehrere Wundärzte haben diesen Umstand benutzt, um gewissen Fehlern zu begegnen; der erste, der diese Idee auffasste, war ein amerikanischer Chirurg, allein er übertrieb diesen an sich sehr guten Gedanken, und brachte dadurch das Verfahren ein wenig in Misskredit. In einem neueren Werke eines amerikanischen Chirurgs habe ich eine Methode der Staphylorraphie gefunden, welche auf dieses Prinzip gegründet war, und die auch einen guten Erfolg zu haben schien. Der Fall war folgender: Ein Mann hatte am Gaumengewölbe eine ziemlich beträchtliche Oeffnung; der Wundarzt löste durch einen halb ovalen Einschnitt in gewisser Entfernung von der Oeffnung die weichen Texturen los, und wartete bis sich Granulationen und eine Textur neuer Formation in dem Zwischenraum gebildet hatten; dann machte er dieselbe Operation an der andern Seite. Als sich nun rund um die zu verstopfende Oeffnung die neue Substanz gebildet hatte, versuchte er die Ränder der weichen Theile einander zu nähern, was mittelst einer geringen Traktion sehr gut möglich wurde; er erhielt diese Ränder durch einige Nähte vereinigt, und die Operation geschah vollkommen, nach Ablauf einiger Zeit. Das Loch im Gaumen blieb so vollkommen geschlossen; es ist dieses ein ganz hübsches Verfahren, man muss sich aber hüten, dessen Anwendung zu sehr geltend machen zu wollen.

Fünftens. Autoplastik durch Auseinanderschieben der Theile (*autoplastie par dedoublement*). In gewissen Gegenden sind die Texturen von der Art, dass sie, aus mehreren Schichten bestehend, auseinandergeschoben, oder vielmehr von einander getrennt werden können, so dass die eine Schicht dazu dient, die Lücke auszufüllen, oder die Spalte zu bekleiden. Ich habe Gelegenheit gehabt, dieses Verfahren vor etwa 20 Jahren bei einem jungen Mädchen anzuwenden, dem der Krebs die Nase, die Oberlippe und einen Theil der Wange zerstört hatte; ich hatte an diesem Mädchen mehrere autoplastische Operationen versucht, und nachdem ich in der That die Difformität grösstentheils beseitigt hatte, blieb mir noch ein Loch in der Backe, welches ich durch Verschiebung einer Schicht der Backe selber schliessen wollte; allein es gelang mir dieses nicht, und ich kam damit auf anderem

Wege zum Ziele. Diese eben genannte Methode kann nichtsdestoweniger in manchen Fällen von Nutzen sein.

Sechstens. Endlich Autoplastik durch Borg (*autoplastie par emprunt*). Dieses ist die eigentliche und wahre Autoplastik in ihrer ganzen Reinheit; sie geschieht auf Kosten andrer entfernter Theile desselben Individuums, oder gar eines lebendigen Thieres, d. h. es wird von daher Substanz entnommen oder geborgt, um den verloren gegangenen Theil wieder zu ersetzen. Es giebt, wie Ihnen bekannt sein wird, drei Hauptmethoden, die nach den Nationen benannt werden, wo sie zuerst geübt worden sein soll, nämlich die indische, italienische, und französische Methode. Zu verwundern ist allerdings, dass ein solches Heilverfahren, von welchem man meinen sollte, dass es eine grosse wissenschaftliche Einsicht voraussetzt, bei einem halbgebildeten Volke zu einer Entwickelung gelangen konnte; allein schon seit sehr alten Zeiten hat man in Indien Nasen und Ohren, die bekanntlich dort zur Strafe oder aus Rache häufig abgeschnitten werden, wiederersetzt. Die indische Methode besteht darin, behufs der Bildung einer neuen Nase aus der Stirnhaut einen Lappen zu formen, diesen Fleischlappen um sich selber zu drehen, mit seiner blutigen Fläche auf den blutig gemachten Nasenüberrest zu legen, und ihn dort in Form eines *Nasenwulstes* anheilen zu lassen. Was hier von der Nasenbildung gilt, gilt auch von andern Theilen; immer, wenn man zum Wiederersatz auf der nächsten Umgebung einen Lappen formirt, und ihn dazu benutzt, ist es die indische Methode.

Die italienische Methode besteht darin, von einem mehr entfernteren Theile einen Fleischlappen zu entnehmen, und ihn dahin zu verpflanzen, wo ein Wiederersatz geschehen soll. Tagliacozzi bildete eine neue Nase aus einem am Oberarme formirten Fleichlappen, und in der That hat der glückliche Erfolg, den dieser Chirurg damals erlangt hat, ein solches Aufsehen erregt, dass man ihn mit einer Nase in der Hand abgebildet hat; dennoch ist es nicht Tagliocozzi, sondern Branca, welcher zuerst die Idee wissenschaftlich ausgesprochen hat.

Die französische Methode kann Verfahren durch Schieben des Lappens (*méthode par glissement*) genannt werden. Sie besteht darin, dass der in der Nähe gebildete Lappen ohne Umdrehung seines Stieles nur von dem einen Ort auf den andern hin geschoben wird. Die Chirurgie hat sich dieses Verfahrens schon bedient, ehe man daran gedacht hat, sie als eine Methode in die Autoplastik einzuführen. So

hat Chopart in einem Falle, wo durch Abtragung eines bedeutenden Krebses der Unterlippe ein Substanzverlust entstanden war, daran gedacht, aus der dem Zungenbeine entsprechenden Gegend des Halses einen Lappen zu bilden und denselben auf das Kinn hinzuschieben; ich halte diese Chopart'sche Idee für die erste in dieser Ceziehung, und ich nenne daher diese Methode die französische.

Man müsste eigentlich noch eine ganz besondere Art von Autoplastik aus dem Wiederanheilen frisch abgetrennter Theile, z. B. eines Fingers, einer Nasenspitze, eines Ohrs u. s. w., bilden; man findet in den Annalen der Wissenschaft viele Fälle der Art; ich habe indessen wenig darüber zu sagen, beschränke mich, nur daran zu erinnern.

Jede Nationaleitelkeit bei Seite setzend, darf ich doch wohl mit Fug und Recht behaupten, dass die Franzosen an der Entwickelung und Fortbildung dieses schönen Zweiges der Chirurgie einen sehr grossen Antheil gehabt haben. Die Bewegung in dieser Beziehung begann im Jahre 1814, als ein englischer Wundarzt die Rhinoplastik oder die Wiederbildung der Nase ausführen wollte. Die Lehren und erlangten Erfolge der Italiener waren in Vergessenheit gerathen, und der englische Wundarzt hatte sich nur durch die Resultate, die er in Italien gesehen hatte, bestimmen lassen. Es war also diese Operation *im gebildeten Europa wieder etwas ganz Neues*; sie machte Aufsehen und war der Punkt, von dem aus dieser Zweig weiter entwickelt wurde. Was aber überraschen muss, ist, dass die Rhinoplastik ziemlich so geblieben ist, wie sie es damals war, und dass nur die anderen autoplastischen Operationen immense Fortschritte gemacht haben; ich darf nicht vergessen, dass mit den Franzosen zugleich auch die Engländer, Italiener, Amerikaner und besonders die Deutschen höchst thätig gewesen sind, und ich habe von Letzteren besonders zwei Männer hervorzuheben, nämlich Gräfe und Dieffenbach, welche man als die Heroen der neueren Autoplastik betrachten darf; selbst unter den Spaniern, dieser sehr geistbegabten Nation, welche aber durch eine traurige Vergangenheit in eine grosse wissenschaftliche Trägheit versenkt war, ist in neuerer Zeit in diesem Zweige der chirurgischen Kunst Leben eingetreten; es hat nämlich Herr Hera, Professor der Chirurgie zu Madrid, eine hübsche Abhandlung über die Blepharoplastik geschrieben."

„Ehe ich nun zu meinem eigentlichen Gegenstande, nämlich der Staphylorraphie übergehe, habe ich Einiges über einen Fall mitzutheilen, dessen ich schon erwähnt habe. Ich habe nämlich die Staphylorraphie an einem jungen Mädchen gemacht, das eine angeborne Spalte des

Gaumensegels und der Gaumenknochen hatte; die Spalte erstreckte sich durch das Gaumengewölbe bis zu den Zähnen, ausserdem war eine Hasenscharte vorhanden, wegen der jedoch eine Operation schon unternommen worden war Die Heilung der Hasenscharte hatte indessen nur eine sehr unvollkommene und unregelmässige Vereinigung der Knochenspalte bewirkt. Ich muss bemerken, dass dieses das gewöhnlichere Resultat ist. Wenn man bei einer Hasenscharte, die mit sogenanntem Wolfsrachen komplizirt ist, nur erstere operirt, so arbeitet die Natur allerdings auch an Vereinigung der Knochenspalte, aber es gelingt ihr dieses nur unvollständig, denn gewöhnlich befinden sich die Spaltränder, indem sie sich einander nähern, nicht in gleicher Ebene, und es erfolgt eine mehr oder minder unregelmässige Vereinigung."

„Bei dem jungen Mädchen war nicht nur diese eben genannte Spalte mit Trennung des Gaumengewölbes nach hinten vorhanden, sondern auch noch zwei andre Umstände steigerten diesen Bildungsfehler und erschwerten die Beseitigung desselben, nämlich einmal eine ungewöhnliche Tiefe der Mundhöhle, welche dem Manövriren innerhalb derselben hinderlich war, und dann eine besondere Engigkeit der beiden Theile des Gaumensegels, besonders des rechten Theiles desselben, welches mehr wie ein Höckerchen als wie ein Blatt vorsprang."

„Die Operation machte ich nach den Regeln und der *Methode, die* ich schon längst bekannt gemachthabe. Die Naht, die angelegt wurde, war einfach, aber wegen des Auseinanderstehens des Gaumenknochens, wodurch die Spaltung der Weichtheile komplizirt war, war ich gezwungen, anden Seiten Querschnitte zu machen, um die Vereinigung zu erleichtern. Alles dieses hatte eine gewisse Unruhe oder eine Langsamkeit im Operiren zur Folge. Der obere Faden neben dem Gaumengewölbe war rechts wegen der Kleinheit des Lappens des Gaumensegels sehr schwer anzulegen. Ich will mich bei den übrigen Einzelnheiten dieser sehr schwierigen Operation nicht weiter aufhalten; ich will nur noch bemerken, dass ich von den drei Suturen, die ich anzulegen pflege, und die ich auch in diesem Falle anlegte, nur zwei liegen lassen konnte, die dritte aber wegnehmen musste. Allerdings konnte unter diesen Umständen nur eine partielle Vereinigung erwartet werden, aber auch diese war etwas sehr Wünschenswerthes, weil späterhin immer noch die vollständige Vereinigung erzielt werden konnte, zumal da dann die Natur durch die geschehene Verwachsung schon eine gewisse Stütze zu geben vermag. Ich will Ihnen ein Faktum mittheilen, welches das eben Gesagte näher zu erläutern im Stande ist. Ich wurde nämlich in die Stadt

gerufen, um ein Kind zu operiren, das am Abend vorher geboren war; das Kind hatte eine einfache Hasenscharte, jedoch mit einem geringen Auseinanderstehen des Oberkieferrandes. Die Eltern waren sehr aufgeregt und in Sorgen; sie bestanden auf der Operation, obgleich ich warnte, weil das Kind erst einen Tag alt war. Ich musste jedoch die Operation unternehmen; sie war einfach und die Vereinigung begann wirklich; aber das Kind hatte seit einiger Zeit aufgehört zu saugen, und wurde sehr hinfällig. Man dachte daran, es zu päppeln, und in Folge der Bemühungen, sowohl um das Kind zum Saugen zu bringen, als auch um es zu füttern, begann die Spalte sich wieder nach oben zu zu lösen, und nach und nach war sie auch fast ganz wieder vorhanden; es war nur ganz unten am freien Rande eine kleine Verwachsung wie eine kleine Brücke verblieben; ich zweifelte vollständig, nicht nur an dem Gelingen der Operation, sondern auch an dem Leben des Kindes; ich rieth, das Kind mit einem Sauginstrument zu ernähren und es eine Zeitlang ganz in Ruhe zu lassen. Etwa 14 Tage darauf war ich nicht wenig verwundert zu erfahren, dass das Kind sich vollkommen erholt, und dass die Lippenspalte sich vollkommen vereinigt habe. Ich habe es vor Kurzem gesehen, und war wirklich überrascht; die Vereinigung der Lippe ist vollkommen, und zwar lediglich durch die Bemühungen der Natur. Demnach dürfen wir auch hoffen, dass bei dem jungen Mädchen die Vereinigung des Gaumensegels, obwohl jetzt einstweilen unvollständig, später von selber vollständig werden werde."

„Die Suturen pflegen wir gewöhnlich am vierten Tage nach der Operation fortzunehmen; bis dahin dürfen die Kranken weder essen noch trinken, noch sprechen, und müssen sich, so sehr es möglich ist, durch Klystiere ernähren; dieser Umstand besonders ist es, welcher die Operation bei ganz jungen Subjekten erschwert, da sie ein solches Fasten schwer ertragen, sondern gewöhnlich in eine gefährliche Schwäche verfallen; es kann aber dieser Umstand nicht umgangen werden, denn er ist für die Heilung durchaus wesentlich. Es ist sehr interessant, dass während des Schlingens die beiden Theile des gespaltenen Gaumensegels einander sich nähern; ich habe dieses bei dem jungen Amerikaner beobachtet, an dem ich das erste Mal die Operation gemacht habe; ich erkannte daraus zuerst die Möglichkeit, eine Vereinigung zu erzielen. Die Physiologen lehren das Gegentheil; sie sagen, dass beim Schlingen das Gaumensegel sich ausdehne, sich erweitere u. s. w. Wie dem auch sei, so begreift man, dass eine voll-

ständige Ruhe nothwendig ist, damit die Vereinigung geschehe könne."

„Nach diesen Bemerkungen über den speziellen Fall, der uns zu diesen Vorträgen Anlass gegeben hat, sei es mir vergönnt, wieder zu allgemeinen Betrachtungen über Staphylorrhaphie überhaupt zurückzukehren. Als ich diese Operation zuerst aufgebracht hatte, hatte sie das Schicksal aller neuen Operationen. Man misstrauete ihr anfangs von der einen Seite dermaassen, dass mir, dem eifrigen Förderer und Vertheidiger dieser Operation, fast alle Fälle in die Hände kamen; von der anderen Seite wurde die Operation wieder zu sehr erhoben, bis man allmälig das Richtige erkannte, und nach und nach auch andere Wundärzte damit sich befassten. Man versuchte nun das Verfahren, das ich angegeben hatte, zu vereinfachen; oft sprach man in Büchern und Vorlesungen von den Instrumenten, die ich für diese Operation eingeführt hätte; man hat mir mehr Ehre angethan, als ich verdiente, denn ich habe keine neuen Instrumente angegeben; ich habe mich deren bedient, die die Wissenschaft schon kannte, z. B. einer Kniescheere, die ich nur etwas länger machen liess als gewöhnlich, um die Spaltränder wund machen zu können; eines gewöhnlichen Nadelträgers, um die Nadeln durchzuführen, und endlich einer einfachen Sutur, zu deren Behuf ich krumme Nadeln anwende, die ich von hinten nach vorne führe."

„Es sind dieses also einfache und allgemein bekannte Werkzeuge; aber die Art, sich ihrer zu bedienen, hat wegen der grossen Empfindlichkeit der Theile, an denen man operirt, und wegen ihrer tiefen Lage, grosse Schwierigkeiten. Man dachte also darauf, die Operation zu erleichtern und schneller ausführbar zu machen. Ist es gelungen? Hr. A. Berard hat es für rathsam erachtet, die Nadel nicht von hinten nach vorn, wie ich es thue, sondern von vorne nach hinten, wirken zu lassen, weil man auf diese Weise, sagte er, die Punkte sieht, in die man einsticht. Ich gestehe aber, dass ich in diesem Vorschlage keine Erleichterung, sondern eine Erschwerung der Operation finde. Bisweilen nämlich sind die Theile so schmal und die Räumlichkeit so eng, dass es nicht möglich ist, die Nadel von vorn nach hinten wirken zu lassen, und sie, wenn man sie wirklich auf diese Weise durchgestochen hat, hinten zu ergreifen, um sie durchzuziehen. Verfährt man aber umgekehrt, d. h. sticht man die Nadel von hinten nach vorn durch, so ist das Manöver ein sehr einfaches."

„Man hat ferner Instrumente erdacht, um die Nadeln nicht nur

durch die Theile durchzuführen, sondern sie auch sogleich wieder zu ergreifen; diese Instrumente sind sehr niedlich, sehr geistreich, aber sie bewirken, dass der Operatör nur blind zu handeln im Stande ist, und leicht in Gefahr geräth, die Suturen zu nahe am freien Rande anzulegen, was zu grossem Unheil führen könnte. Ich will Sie, m. H., mit Aufzählungen aller der erfundenen Instrumente nicht ermüden; die meisten Erfindungen der Art sind in Deutschland gemacht worden. Was mich betrifft, so gestehe ich, dass ich noch nicht ein einziges Mal mich gedrungen gefühlt habe, von meinem so überhaupt einfachen Verfahren abzugehen. Auch habe ich noch nicht gesehen, dass die Erfolge, die andere Chirurgen mit einem komplizirteren Apparate erreicht haben, mit den meinigen sich vergleichen lassen."

„Interessanter würde es Ihnen sein, m. H., die Resultate, welche die Staphylorraphie überhaupt gewährt hat, kennen zu lernen. Sie wissen, dass die Operation gemacht wird, um einem sehr argen, fast immer angeborenen Fehler zu begegnen; ich sage, einem sehr argen Fehler, denn diejenigen, die damit behaftet sind, sind durch ihr sehr undeutliches, widriges, näselndes Sprechen sehr unglücklich, weil sie dadurch verhindert werden, die Stellung im Leben einzunehmen, zu der sie sonst gelangen könnten. In der That sind diejenigen Individuen, die am gespaltenen Gaumen leiden, auch so sehr beeifert, der Operation sich zu unterziehen, dass sie gern Alles ertragen, was man von ihnen verlangt. Es ist demnach die Pflicht des Wundarztes, diese Operation, wenn sie von ihm verlangt wird, vorzunehmen, freilich mit der Bedingung, dass er dadurch nicht das Leben des Kranken in Gefahr setze, und ich halte es hier für meine Pflicht, von den Gefahren, die diese Operation haben kann, Einiges zu sagen."

„Man muss, wenn ich von Gefahren spreche, darunter nicht ein übles Resultat der Operation an sich, sondern einen möglichen Eingriff auf das Leben oder die Gesundheit des Kranken verstehen. Diese Gefahr ist aber trotz dem, dass man an sehr zarten und sehr empfindlichen Theilen operirt, und dass man die Operirten zu einem langen Fasten verdammen muss, sehr gering. Von hundert und neun Fällen, die ich operirt habe, hatten nur drei einen üblen Ausgang, und auch in diesen dreien Fällen waren es besondere Umstände, welche diesen üblen Ausgang bedingten. Der erste Fall nämlich betraf ein junges und durchaus wohlgebautes Mädchen; sie hatte eine einfache Spalte des Gaumensegels, ich operirte sie mit Leichtigkeit; aber kurze Zeit nach der Operation trat eine sehr heftige Rachenentzündung hinzu, die

nach wenigen Tagen den Tod brachte. Es war dieses die 51ste S phylorraphie, die ich gemacht hatte; die Kranke lag in der Chari ich konnte sie genau beobachten, und ich kann wohl sagen, dass kei andere Ursache hinzugetreten war, sondern dass lediglich die tödtlic Rachenentzündung eine Folge der Operation zu sein schien."

„Der zweite Fall ist folgender: Vor einigen Jahren wurde mi ein 15 bis 16 Jahre altes Mädchen zugeführt; es war die Tochter de Lord Lindhurst, eines einflussreichen Mitgliedes des englischen Pa laments, der sie selber nach Paris führte. Sie hatte auch eine ei fache Spalte des Gaumensegels. Ich operirte sie, ohne mich über de früheren Gesundheitszustand des jungen Mädchens unterrichtet zu ha ben. Die Vereinigung war fast schon ganz vollständig, und bereits gratulirte man sich über den Erfolg. Der Vater wollte schon abre sen, als die Operirte zu husten und die Symptome eines organisches Brustleidens zu zeigen anfing. Lange vor der Operation hatte sie be reits solche verdächtige Zeichen; kurz die Erscheinungen gewannen eine solche Heftigkeit, dass das arme Kind binnen zwei Monaten an wahrer akuter Phthisis verstarb. Möglich, dass in diesem Falle di Operation zur Entwickelung der Krankheit beigetragen hat; aber so viel ist gewiss, dass der Keim doch vorhanden war, dass sie später dennoch ausgebrochen wäre."

„Der dritte Fall ist von besonderem Interesse, und verdient eine nähere Auseinandersetzung. Es war im Jahre 1834, als ich diese Operation machte, und zwar als meine 83ste. Das Subjekt war ein junger Irländer, 21 Jahre alt, einer ausgezeichneten Familie in Irland angehörig; der Fehler war angeboren, und man hatte mit ihm bis zu diesem Alter gewartet, bevor man die Kunst zu Hülfe rufen wollte. Seine Mutter hatte sich jeder Operation widersetzt; sie hatte nämlich ihren Mann in Folge einer sehr einfachen Operation verloren, und war dadurch noch immer so ergriffen, dass sie jede Operation fürchtete, und in der Ahnung eines schlimmen Ausganges auch immer die Operation an ihrem Sohne hintertrieb. Die gute Dame hatte drei Söhne, von denen sie zärtlich geliebt wurde; der junge Mensch, welcher an der Gaumenspalte litt, wollte sich operiren lassen, ohne die Mutter in Angst zu setzen, und um sie zu überraschen; deshalb gab er mit seinen Brüdern eine Reise nach London vor, wo sie sich A. Cooper vorstellten, der ihnen den Rath gab, nach Paris zu gehen und sich an mich zu wenden. Es war dieses zur Zeit der Juli-Feste; die drei Brüder schrieben der Mutter, dass sie nach Paris gingen, um dort die Feste

anzusehen, und dass sie bald zurück sein würden. Sie kamen also zu mir; ich machte die Operation, ohne alle diese Ihnen eben erzählten eigenthümlichen Umstände zu kennen, ohne zu wissen, dass sich alle drei, besonders der zu Operirende, unter dem Einflusse trauriger Phantasieen befanden. So z. B. hatten sie bei ihrer Durchreise durch London das Theater besucht, wo Hamlet gegeben wurde, und als sie das Haus betraten, war das Erste, was sie zu sehen bekamen, Hamlet mit dem Aschenkruge, und als sie in Paris waren, gingen sie auf den Kirchhof des Montmartre, und die ersten Worte, die der Kranke zu seinen Brüdern sagte, waren: Hier könnte ich wohl begraben werden."

„Also unter dem Einflusse dieser traurigen Phantasie, und in der Angst und Besorgniss um die geliebte Mutter, unterwarf sich der junge Mensch der Operation. Diese war übrigens sehr einfach, aber als ich sie eben beendigen wollte, sah ich eine plötzliche Veränderung im Antlitze des jungen Menschen, nämlich einen Ausdruck freudiger Bewegung über die Beendigung der Operation neben dem Ausdrucke grosser Angst und Besorgniss um die möglichen Folgen; das Antlitz trat mir auf eine Weise entgegen, dass ich selbst darüber erstaunt und erschreckt war. Eine furchtbare Nervenaufregung entwickelte sich sogleich, der Operirte verfiel nachher in eine solche physische und moralische Abspannung, dass er am fünften Tage starb, und keine Anstrengung ihn retten konnte. Es ist dieses einer der Fälle, die mich in meiner langen chirurgischen Laufbahn ganz besonders ergriffen haben, und die ich nie vergessen werde."

„Es sind dieses die drei einzigen Fälle, von denen ich sagen kann, dass sie mit dem Tode endigten; Sie sehen, dass dieser Ausgang ein seltener ist, aber es giebt noch eine Anzahl von Fällen, welche darum übel zu nennen sind, weil sie ein Misslingen der Operation bezeugen. Diese Fälle müssen in zwei Kategorieen gebracht werden, je nachdem die Spalte des Gaumensegels einfach oder mit Spaltungen des Gaumengewölbes komplizirt ist. In beiden Kategorieen giebt es erfolgreiche und misslungene Operationen; ich habe die numerischen Data nicht angemerkt, ich kann nur sagen, was sich auch im voraus denken lässt, dass die einfache Gaumenspalte ein grösseres Verhältniss von Erfolgen dem Misslingen gegenüber darbietet, als die komplizirte Gaumenspalte. Man kann annehmen, dass bei gleicher Zahl das Verhältniss bei ersterer gegen letztere um ein Drittel sich günstiger stellt. Man muss jedoch nicht glauben, dass die komplizirte Gaumenspalte ein

gar zu grosses Hinderniss gegen das Gelingen sei; im Gegentheil habe ich sehr schöne Erfolge aufzuweisen."

Nach einigen Bemerkungen über das junge Mädchen, das zuletzt operirt worden, geht der Professor zu den nächsten Folgen der Operation, oder den sogenannten autoplastischen Entzündungen über. „Die Entzündung", sagt er, „welche auf die Operation folgt, kann verschiedene Charaktere darbieten, die man kennen muss. Es wäre wünschenswerth, dass sie immer in den Gränzen des adhäsiven Prozesses bliebe; aber nicht selten geht sie weiter, und endigt mit Brand der Theile, besonders, wenn die Lappen zu klein oder gezerrt oder gespannt sind, oder eine zu geringe Zellgewebsunterlage haben. Bisweilen hat die Entzündung einen sehr deutlichen phlegmonösen Charakter und endigt mit Eiterung. Es geschieht dieses besonders bei der Naht des Dammrisses, allein in diesem Falle kann doch Heilung darauf folgen, und zwar durch wahre Narbenbildung. Was nun die Entzündung betrifft, die auf die Gaumennaht bisweilen zu folgen pflegt, so ist sie von ganz besonderem Charakter; sie gleicht ein wenig der Entzündung mit pseudomembranöser Bildung, oder vielmehr, sie ist eine mit Absonderung einer zähen klebrigen Materie, die die Wunde bedeckt, begleitete Entzündung. Sobald man solche klebrige Materie auf der Wunde erblickt, so kann man überzeugt sein, dass die Heilung *nicht* stattfinden wird, denn es ist keine adhäsive Entzündung, die sich eingestellt hat. Erblickt man aber die Wunde trocken, so kann man sicherer auf Adhäsion rechnen."

„Noch einige Worte über die Entfernung der Suturen nach der Operation. Dieser Akt ist nach den Gegenden, wo operirt worden, verschieden. So glaube ich, kann man bei der Naht im Damme die Suturen bis zum achten Tage liegen lassen, allein es kömmt auch sehr auf die Art derselben an. Die Zapfennaht hat den Vortheil, die Theile nicht so zerren, wie die umwundene Naht. Nur übt erstere auf die tiefer gelegenen Parthieen einen stärkeren Druck aus; die umwundene Naht muss früher entfernt werden, weil sie eine grössere Tendenz hat, bei angeregter Entzündung die Theile zu durchschneiden. Was die Gaumennaht betrifft, so kann man die Sutur drei bis vier Tage liegen lassen; ja man muss es thun, weil vorher eine Verwachsung nicht vollkommen ist."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Neues und höchst wichtiges Zeichen der Meningitis.

Seit mehr als zwei Jahren pflegt Hr. Trousseau in seiner Klinik im Necker-Hospitale zu Paris auf ein neues Zeichen der Meningitis aufmerksam zu machen. Dieses Zeichen, an das der Praktiker kaum glauben möchte, welches wir aber nicht nur auf die Autorität Trousseau's hin versichern können, sondern wovon wir uns auch selber überzeugt haben, besteht in der Erzeugung einer lebhaften Hautröthe durch ein geringes Reiben. Wir waren gegenwärtig, als Hr. Trousseau im August vorigen Jahres seine Zuhörer zu einem 15 Monate alten Kinde führte, welches an Meningitis litt; er zeigte, dass man nur ein oder zwei Mal mit dem Finger leicht über eine Stelle der Haut hinüberfahren darf, um eine fast erythematöse umschriebene Röthe daselbst hervorzurufen. Dieses Phänomen ist mehrere Tage vor dem Tode, und, was in praktischer Beziehung besonders wichtig ist, selbst dann schon vorhanden, wenn die Zeichen der Meningitis noch nicht so hervorstechend sind, dass allen Anwesenden die Natur der Krankheit unzweifelhaft ist.

Um den Werth dieses Zeichens recht deutlich zu machen, versuchte Hr. Trousseau an mehr als zwanzig Kindern, die an anderen Krankheiten litten, diese Röthe auf die genannte Weise hervorzurufen. Er führte den Finger wohl zwanzig Mal hinter einander über eine Hautstelle hinüber, aber er konnte durchaus nicht die Röthe erzeugen, welche an den meningitischen Kindern durch ein geringes Streichen sogleich bewirkt wird.

Die Röthe, von der hier die Rede ist, wird überall hervorgerufen, aber besonders im Antlitze. Es kömmt dabei nicht auf das Fieber an; denn Kinder, welche an Fieberzuständen sehr krank darnieder lagen, liessen dieses Phänomen nicht gewahren. Es ist offenbar dieses Zeichen für den Praktiker von der höchsten Wichtigkeit, da es leicht zu erlangen ist, und da Hr. Trousseau in allen Fällen von Meningitis, die seit einiger Zeit ihm vorgekommen waren, dasselbe konstant angetroffen hat. Ausserdem ist dieses Zeichen auch noch dadurch merkwürdig, dass sich ein wissenschaftliches Interesse daran knüpft, weil das Phänomen jetzt noch nicht erklärt werden kann. Es muss noch fer-

ner studirt werden; es muss ermittelt werden, ob es allen Fällen von Meningitis zukomme? ob es nur in gewissen Stadien, oder ob es von Anfang an vorhanden ist? Nichts ist dunkler als die Zeichen einer beginnenden Meningitis; ein Beweis davon war uns das Kind, an dem vor unseren Augen das diagnostische Experiment vorgenommen worden war; bei diesem Kinde nämlich brach die ausgebildete Meningitis urplötzlich nach einer Diarrhoe, welche mehrere Tage gedauert hatte, und bei der man glaubte, dass man es nur mit einem Darmleiden zu thun habe, herver. Man begreift also, wie wichtig es wäre, wenn wir ein Zeichen besässen, das sich als zuverlässig erwiese und gleich von Anfang an vorhanden wäre.

---

2. Ueber die plötzliche Versetzung von Krankheiten bei Kindern auf die Lungen.

Die Metastase ist eine Art plötzliche und von selbst eintretende Revulsion; die Krankheit wird auf eine uns noch unbekannte Weise von einem Organ auf das andere geworfen. Zwischen dieser natürlichen und der durch die Kunst bewirkten Revulsion ist jedoch ein bedeutender Unterschied vorhanden. Bei letzterer geschieht das Zurücktreten der primitiven Krankheit erst in Folge und nach dem Hervortreten der sie ersetzenden Krankheit; bei der Metastase hingegen tritt die primitive Affektion plötzlich zurück, ihr Verschwinden geht vorher, und nachher folgt erst die sie ersetzende Krankheit. Bei Kindern sind diese Metastasen viel häufiger als man glaubt; sie kommen weit öfter vor als bei Erwachsenen, wie dieses die Erfahrungen aller Aerzte schon bei den akuten Hautleiden darthun. In der Klinik von Trousseau haben wir einen höchst interessanten Fall von Metastase kennen gelernt.

Ein Kind, vier Monate alt, hatte unter dem Kinne eine rothe, harte Geschwulst, welche einer entzündeten Drüse glich. Die umgebenden Parthieen nahmen schnell an der Anschwellung Theil, wurden roth, und es bildete sich so eine sehr grosse Phlegmone des Halses. Die Anschwellung war hart, komprimirte die Luftröhre und hinderte das Athmen. Am folgenden Tage, als man sich genauer von diesem Zustande überzeugen wollte, war zu grosser Ueberraschung des Arztes der Tumor gänzlich verschwunden; aber nun hörte man hinten längs der ganzen Brust ein trockenes krepitirendes Rasseln, ein Zeichen, das,

wie man weiss, sehr selten zu sein pflegt. Die auf die Herzgegend aufgelegte Hand empfand das sogenannte Katzenschnurren (*frémissement cataire*), und mittelst des Sthetoskops hörte man an dieser Stelle ein krepitirendes Rasseln mit Reibungsgeräusch verbunden. Das Kind starb schnell. Bei der Untersuchung fand man diejenige Hepatisation der Lungen, welche man eine Rückkehr zum Fötalzustande zu nennen beliebt hat; das Parenchym der Lungen war wie bei der Atelektasis hart, roth, kompakt, elastisch, nicht ödematös. Diese Veränderung zeigten beide Lungen in ihrer ganzen hinteren Hälfte; ausserdem fand man Serum in den Pleuren und einige falsche Membranen. Eine sehr ausgebildete Perikarditis mit pseudomembranöser Bildung, wie sie bei Kindern höchst selten ist, war auch vorhanden; aber das Zellgewebe am Halse war vollkommen gesund, und es scheint demnach wirklich die Krankheit plötzlich von den äusseren Theilen auf Herz und Lungen versetzt worden zu sein, denn bei der sorgfältigen Untersuchung, die vorher mit dem Kinde vorgenommen worden war, würde man so wichtige Krankheiten, die so klar sich herausstellen, nicht übersehen haben.

Hr. Deville, der bei Hrn. Trousseau den inneren Dienst versieht, machte bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dass man sich ja hüten müsse, das perikarditische Reibungsgeräusch mit einem trockenen krepitirenden Rasseln zu verwechseln. Wie leicht dieses möglich sei, erweist folgender Fall. Ein noch junges Mädchen wurde wegen Hydrothorax operirt; die Operation war vollständig gelungen, die Kranke war fieberlos und hatte bereits die Kost der Genesenden, dennoch hörte man hinten längs des inneren Randes des Schulterblattes ein grossblasiges Rasseln. Da wir bei einem so jungen und so reizbaren Mädchen wegen der vollständigen Fieberlosigkeit eine Pneumonie nicht annehmen konnten, glaubten wir, dass der Zustand der Lungen eine Folge der durch die lange Kompression, die vorangegangen ist, sehr schwierige Entfaltung derselben sei, dieser Entfaltung oder Wiederausdehnung glaubten wir das grossblasige krepitirende Rasseln zuschreiben zu müssen. Erst nach Entleerung der Flüssigkeit erkannten wir das Geräusch für ein Reibungsgeräusch der Pleura. Hieraus sieht man also, dass Fälle vorkommen können, wo das Reibungsgeräusch sehr leicht mit einem krepitirenden Rasseln verwechselt werden kann.

---

3. Ueber die verschiedenen Arten der menschlichen Zwitterbildungen.

Im vorigen Sommer beschrieb Prof. P. Dubois in Paris ein Zwitterbildung bei einem ungefähr 5 Jahre alten Kinde, zu dem e gerufen war. Dieses Kind war in das Geburtsregister als ein Mädchen eingeschrieben, und trug auch Mädchenkleider; es hatte in der That zwei grosse Schaamlefzen, die etwas dicker waren, als dieses Alter sie zu haben pflegt; vorn und oben sah man ein kleines weiches, bläuliches Tuberkel, dessen Farbe von Venenentwickelung herzurühren schien. In einiger Entfernung von diesem Tuberkel nach unten sah man eine enge Mündung, und dicht unter dem Tuberkel selbst eine rothe Linie mit einem feinen Loche. Aus Mangel an Zeit konnte Hr. D. nicht ermitteln, welches von diesen beiden Löchern dem Urinausfluss diente; im ersten Augenblick glaubte er auch ein Mädchen vor sich zu haben, dessen Scheide halb verwachsen sei. Er entliess die Mutter und das Kind mit der Bemerkung, dass, wenn letzteres so erwachsen sei, dass die Menstruation eintreten wolle, man dann erst nöthig habe, einzugreifen. Bevor aber die Mutter fortging, stiegen ihm neue Zweifel auf, und er untersuchte das kleine Mädchen noch einmal. Jetzt überzeugte er sich, dass jede der scheinbaren grossen Lefzen einen Hoden enthielt, und er konnte nun nicht mehr zweifeln, dass das Tuberkel ein Penis im rudimentösen Zustande sei; die kleine rothe Linie, die kleine Furche, war die Andeutung der Harnröhre, und das feine Loch die Mündung derselben. Endlich waren Stimme und Benehmen des Kindes mehr wie bei einem Knaben, und Hr. D. drang darauf, dass das vorgebliche Mädchen in die Geburtsliste unter die Knaben aufgenommen werde. Seltener, sagt er, kommt die entgegengesetzte Bildung vor, nämlich eine so bedeutende Grösse der Klitoris mit so kleinen äusseren Schaamtheilen und Verwachsung der Vulva, dass das Individuum, obwohl weiblichen Geschlechts, für männlich gehalten wird, und unter Ludwig XI. musste ein Mönch erst niederkommen, bevor man sich von seinem weiblichen Geschlechte überzeugte. Alle diese Fälle gehören in die von Isidore G. St. Hilaire aufgestellte Klasse, welche er *Hermaphrodismus sine excessu* nennt. Diese Klasse zerfällt in vier Gruppen, nämlich *Hermaphrodismus masculinus*, wo das Geschlecht bestimmt ein männliches ist, wenn auch die Theile anscheinend weiblich sind; *Hermaphrodismus femininus*, wo das Umgekehrte stattfin-

let; *Hermaphrodismus neuter*, wo ein solcher Zweifel obwaltet, lass das Subjekt keinem Geschlechte bestimmt anzugehören scheint; und endlich *Hermaphrodismus mixtus*, wo nicht blos scheinbar, sondern in der That beide Geschlechtsbildungen in demselben Individuum vorhanden sind.

Auf welche Weise sind diese Bildungen zu begreifen? Chevreul und Serres haben bestimmte Gesetze aufzustellen gesucht; nach Letzterem zeigen alle Menschenfötus in den ersten Zeiten eine anscheinend weibliche Bildung; die männlichen sowohl wie die weiblichen Fötus haben eine Vulvarspalte; bei ersteren jedoch verwächst sie alsbald, und es bilden sich die beiden Skrotalsäcke, die dann zu einem Hodensack verschmelzen. So, behauptet Dutrochet, kann man wohl sagen, dass, was die äussere Bildung der Geschlechtstheile betrifft, jeder Mann zuerst weiblich gewesen, und Home glaubt auch, dass im Keime das Geschlecht nicht vorbestimmt ist, sondern erst später sich bildet. Alle Hypothesen bei Seite gesetzt, so ist sehr leicht zu begreifen, dass, wenn in Folge einer Hemmung in der weiteren Entwickelung die Verwachsung der Spalte nicht geschieht, eine anscheinende Vulva zurückbleibt, und das männliche Kind die äussere Bildung weiblicher Geschlechtstheile zu haben scheint. Damit aber dieser Anschein vollständig sei, muss sich die Hemmung in der Entwickelung nicht blos auf den Hodensack beschränken, sondern auch den Penis begreifen, weil sonst ein Hypospadismus statt eines Hermaphrodismus sich bilden würde. Bei dem Kinde war die Spalte zum grossen Theile verwachsen, aber die Verwachsung hatte sich tief nach innen gezogen, so dass eine Vulva vorhanden zu sein schien. Kann die Kunst hiergegen etwas thun? Prof. D. ist nicht der Ansicht; er glaubt, es sei am besten, den Zustand so zu lassen, wie er ist, und sich nur vor einem Irrthum in der Diagnose zu hüten, welcher offenbar sehr leicht möglich sein muss, wenn ein so erfahrener Mann, wie Prof. D., sich fast geirrt hätte.

---

4. Ueber angeborene Verschliessung des Afters und über Bildung eines künstlichen Afters.

Die angeborene Verschliessung des Afters kommt gar nicht selten vor, und es ist in dieser unserer Zeitschrift schon oft davon die Rede gewesen, aber es bleiben noch immer viele Punkte zu beleuchten.

Fast alle Autoren erkennen die Wichtigkeit der Verhandlunge über diesen Gegenstand, da mit Bestimmtheit, wenn eine Afteröffnun nicht bewirkt wird, ein Menschenleben verloren ist, wogegen es durc Bildung eines Afters mit Bestimmtheit gerettet werden kann. Es is jedesmal der Grad der Dicke der verschliessenden Wandung, welche von den Autoren besonders in Betracht gezogen wird. Bekanntlic kann die Verschliessung des Afters durch ein dünnes Häutchen geschehen, es kann aber auch eine dicke fleischige Wand vorhanden sein und sogar der untere Theil des Mastdarmes gänzlich fehlen. Das hierdurch die Art der Operation und der Erfolg derselben besonders bedingt wird, ist klar. Schon Dionis erkannte dies deutlich, eben so die meisten Wundärzte nach ihm, aber erst Papendorf und nach ihm Lassies und Boyer haben den Gegenstand methodischer aufgefasst. Sie nehmen 9 Formen an; die erste besteht in blosser Verengerung des Afters, die anderen bestehen in einer inneren Imperforation mit äusserer Mündung; in einer Imperforation durch eine Querhaut; in einer Imperforation ohne Spur einer äusseren Oeffnung; in einer Imperforation mit Oeffnung des Mastdarmes in die Blase oder in die Scheide; Imperforation des Afters mit Verwachsung des Mastdarmes, und endlich die Imperforation mit fehlendem Mastdarm. Unter allen diesen Arten giebt es jedoch nur drei, bei denen von einer Operation wenig oder nichts zu erwarten ist, nämlich erstens diejenige Aftersperre, wo der Mastdarm obliterirt ist; zweitens, wo er fehlt, und drittens, wo er sich hoch oben im Becken blindsackförmig endigt.

Die Aufstellung dieser verschiedenen Arten ist jedoch viel zu bestimmt, als dass alle Anomalieen, die vorkommen könnten, da hineinpassen; der folgende Fall schon beweist dieses zum Theil.

Es wurde mir ein Kind, drei Tage nach seiner Geburt, gebracht, dessen After verschlossen war; das Kind hatte einen aufgetriebenen Leib, der beim Druck schmerzte, schrie heftig, und schien sich mehrmals brechen zu wollen. Es zeigte bei der Untersuchung folgende Missbildung: Die beiden Hinterbacken waren nicht durch eine Furche getrennt, sondern sie bildeten einen runden Kegel, dessen grösste Erhebung der Furche entsprach, von der auch nicht die geringste Spur vorhanden war; die Haut war nur um ein Geringes röther als gewöhnlich, und eine genaue Betrachtung ergab überall einen gleichmässigen Widerstand. Ich erkannte die Nothwendigkeit, einen künstlichen After zu bilden; die Eltern willigten darein.

Nachdem ich mir die Stellung des Steissbeins und der beiden Sitz-

inhöcker deutlich gemacht hatte, markirte ich einen Punkt, ungefähr
nen Centimeter von einer Linie entfernt, welche vor den beiden Sitz-
einhöckern gezogen worden war. Gegen die Mitte dieser Linie, aber
rie gesagt, ungefähr einen Centimeter von hier entfernt, stiess ich
in sehr schmales Bisturi durch die Haut, so dass ein Einstich von
ngefähr 3 Centimeter Länge entstand; dann drang ich durch das
ubkutane Zellgewebe, zwei und einen halben Centimeter tief ein. Keine
Spur eines Darmes war zu bemerken; ich schob nun den Finger in
lie Wunde, und fühlte in der Tiefe hinter einer dünnen Schicht Zell-
gewebe einen rundlichen und prallen Körper; ich brachte nun längs
des Fingers das Bisturi ein und stiess es in die erwähnte Parthie. So-
gleich trat ein Strom flüssigen Mekoniums aus. Da jedoch der Darm
sich nicht gänzlich zu entleeren schien, so untersuchte ich die Oeffnung
mit der Fingerspitze genauer; sie war zu klein, und es gelang mir,
sie zu vergrössern. Nun trat langsam eine Masse dicken klebrigen
Mekoniums aus, dessen Entleerung noch durch eine Einspritzung er-
leichtert wurde.

Diese Operation hat also ihr Interesse in der vollkommenen Ver-
wachsung der Hinterbacken, und dann als nothwendige Folge in dem
tiefen Einschnitt, der gemacht werden musste, um zum Darme zu ge-
langen. Nach der Operation und während der ersten Verbände konnte
man Nichts entdecken, was einen Schliessmuskel andeutete. Es wur-
den immer Wieken eingelegt, aber nach Verlauf von drei Wochen
schien sich die Oeffnung so verengert zu haben, dass eine Erweiterung
nothwendig wurde; diese geschah von vorn nach hinten, nach dem
Steissbeine zu; etwa 10 Tage später musste noch einmal eine Erwei-
terung vorgenommen werden; diese geschah in die Quere. Es wurde
nun das Kind auf das Land gebracht, und nahm dort schnell an Kräf-
ten zu. Die Oeffnung formirte sich zu einem wirklichen After, wozu
eine oft hartnäckige Verstopfung, welche zu starkem Drängen nö-
thigte, viel beitrug. Jetzt ist das Kind beinahe sechs Jahre alt, es ist
kräftig, und hat seit seinem vierten Jahre die Fähigkeit, den Koth zu-
rückzuhalten. Was aber besonders merkwürdig ist, ist der Umstand,
dass sich zwischen den Hinterbacken eine deutliche, wenn auch nur
flache Furche gebildet hat. In der Mitte dieser Furche ist eine tie-
fere Stelle, welche eine trichterförmige Oeffnung zeigt, und bei einer
genauen Untersuchung dieser Oeffnung erblickt man auf der Höhe der-
selben Querfasern, welche einen Schliessmuskel darzustellen scheinen.
Es scheint, dass das nothwendige Drängen bei der oft hartnäckigen

Verstopfung den Mastdarm verkürze, und so zur Bildung der Fi beitrage.

V. *Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.*

A. *Société de chirurgie* in Paris.

1. Ueber die Ausziehung fremder Körper aus dem Schlunde und aus dem Gehörgange, namentlich bei Kindern.

Fremde Körper kommen im Schlunde und im Gehörgange bei Erwachsenen auch vor, aber es sind besonders Kinder, welche sich dieselben aus Unverstand oder Spielerei in den Mund und namentlich in das Ohr zu bringen pflegen, und es wird deshalb die über diesen Gegenstand für unsre Leser nicht ohne Interesse sein.

Hr. Chassaignac beginnt diese Diskussion, indem er sie an einen von Hrn. Berard erzählten Fall, wo ein Fünffrankenstück in den Schlund gerathen, in den Magen gelangt, durch den ganzen Darmkanal durchgegangen, und zum After wieder herausgekommen war. Jeder Fall der Art, läuft nicht so glücklich ab. Bei einem jungen Menschen blieb das Geldstück im Schlunde stecken, es war grosse Gefahr vorhanden, und nur mittelst des Gräfe'schen Schlundziehers gelang es, das Geldstück herauszuziehen.

Hr. Monod erzählt bei dieser Gelegenheit einen Fall von einem jungen Menschen, welchem er aus dem Schlunde ein Fünffrankenstück gezogen hat; dieser junge Mensch hatte Dupuytren konsultirt, und musste in dessen Gegenwart mehrmals Brod verschlucken. Da er dieses vermochte, so schloss D., dass das Geldstück nicht mehr im Schlunde sei, indessen empfand der Kranke fortwährend Schmerz nach vorn zu im Schlunde, und zum Beweise, dass der Schluss, der aus der Möglichkeit, Brod zu verschlucken, entnommen wird, kein richtiger ist, fand sich das Geldstück auch wirklich noch an der vom Kranken angegebenen Stelle vor. Hr. M. führte das Gräfe'sche Instrument ein, und als er beim Herumfühlen mit demselben einen Metallklang vernahm, und die Stelle ermittelt hatte, wo das Geldstück sass, gelang es ihm bald, es herauszuziehen. Das Gräfe'sche Instrument ist allerdings besonders geeignet, Geldstücke aus dem Schlunde herauszuziehen, indessen

gelang es auch, runde Körper, z. B. einen Pfirsichkern damit herauszuziehen. Hr. Guersant bedient sich einer eigenthümlichen Zange, die er Schlundzange nennt; mit dieser Zange vermochte er bei einem fünfjährigen Kinde ein Geldstück aus dem Schlunde zu ziehen, nachdem er vergeblich das Gräfe'sche Instrument dazu benutzt hatte. Die Zange wurde seitwärts eingeführt, und dann von vorn nach hinten geöffnet.

Hr. Chassaignac zeigt zwei fremde Körper, die er, theils aus der Nase, theils aus dem Ohre herausgezogen hatte. Der eine war ein Kirschkern, welcher an einer Seite ein Loch hatte, und den ein dreijähriges Kind in die Nase steckte; die Ausziehung dieses Kirschkerns war sehr schwierig, weil die Schleimhaut rund herum aufgeschwollen war, in welcher der fremde Körper wie eingebalgt lag. Der andere fremde Körper war ein Hemdeknopf von Perlmutter, den ein 6 Jahre altes Kind sich in das Ohr gesteckt hatte; mittelst einer gefurchten Sonde, welche man seitwärts längs dem Rande des Knopfes einschob, gelang es, indem man mit der Sonde eine hebeförmige Bewegung machte, den Knopf wieder herauszubringen.

Hr. Lenoir: Ein Kind hatte sich eine birnförmige Ohrbommel in das Ohr geschoben; die Spitze des birnförmigen Körpers stiess gegen das Trommelfell, und jede Bemühung, die glatte Ohrbommel zu fassen und herauszuziehen, machte den entsetzlichsten Schmerz; es bleibt, da alle Instrumente abgleiten, nichts übrig, als kräftige Einspritzung zu versuchen; sie geschieht mittelst der Anel'schen Spritze, und endlich tritt wirklich die Bommel mit einem kräftigen Wasserstrahl heraus.

Hr. Vidal zeigt ein von ihm erfundenes Instrument zur Herausziehung fremder Körper aus dem Gehörgange; es besteht dieses in einer starken, vorn mit einem abgeflachten Knopf versehenen Uhrfeder, welche sich in einem platten Röhrchen befindet; ist das Röhrchen tief genug eingeschoben, so springt mittelst eines leichten Druckes, die Feder vor, die vermöge ihrer Elastizität den fremden Körper umfasst und ihn herauszieht. In zwei Fällen hat Hr. V. bei jungen Mädchen damit Korallen aus den Ohren gezogen.

Hr. Guersant sagt, er bediene sich immer zur Ausziehung fremder Körper des gelenkigen Ohrlöffels; er sei damit immer zum Ziele gekommen, von welcher Substanz und von welcher Form der fremde Körper auch gewesen sein mochte. Er habe geglaubt, dass er nie ein anderes Instrument würde nöthig haben; allein vor Kurzem habe er

doch bei einem Knaben einen kleinen Stein damit nicht aus dem herauszubringen vermocht, da der Stein sich gewissermaassen eing hatte.

Hr. Hugier und Hr. Robert sind gegen das von Vidal a gebene Instrument; Ersterer darum, weil er der Meinung ist, das gegliederte Ohrlöffel, da er fast bis in einen rechten Winkel ge werden kann, ganz dasselbe leisten müsse, was die Feder leistet; Le teres darum, weil man niemals im voraus die Kraft der Feder stimmen und sie für jeden Fall besonders abmessen könne.

Hr. Vidal entgegnet hierauf: 1) dass er eine Feder von grosse Kraft anwende; 2) dass die Feder, wenn sie vorspringt, eine fast voll ständige Kurve bildet, und deshalb den fremden Körper, zumal wenn derselbe rund ist, ganz genau umfasst, und endlich 3) dass mit Hü dieses mit einem Stilet verbundenen Instruments man den Körper v zwei Seiten festhalten kann.

---

2. Ueber die Ausschneidung der Mandeln und ein neues Instrument f diesen Zweck.

In einem in dieser Zeitschrift bereits mitgetheilten Vortrage vo Hrn. Guersant, über die Ausschneidung der Mandeln bei *Kindern* un bei Erwachsenen, ist auch von einem Instrumente die Rede gewesen, das Hr. Fahnestock zu diesem Zweck erfunden hat. Dieses Instrument wird jetzt der Gegenstand der Diskussion. H. F. nämlich, berichtet Hr. Monod, hat eine Modifikation angebracht, indem er den Ring, welcher schief stand, um ihn rechts oder links anwenden zu können, dadurch beweglich gemacht hat, dass man den Stiel des Instruments drehen kann. Es ist nun sowohl rechts als links anwendbar, und wirkt nun vollkommen dahin, mit einem einzigen Drucke die hypertrophischen Mandeln zu fassen und zu exstirpiren.

Hr. Robert verwirft dieses Instrument; er stützt sich darauf, dass die hypertrophische Mandel ein in seinen Formen und Dimensionen zu wandelbarer Körper ist, um in ein Instrument hineinzupassen, das nur einseitig wirkt. Hier ist der Wundarzt eben so, wie bei allen andern Instrumenten, die durch einen analogen Mechanismus wirken, ganz unter der Herrschaft dieses Instruments, statt dass er es beherrschen sollte. Ein anderer Vorwurf besteht nach ihm darin, dass der Zungenrand der Gefahr ausgesetzt wird, mit abgekniffen zu werden. Er glaubt, dass man mit der Museux'schen Zange, an der er die Haken

seitlich gerichtet hat, und mit einem Bisturi die Operation ganz eben so leicht, und auf rationellere Weise machen könne.

Hr. Lenoir ist derselben Ansicht; er habe niemals bei Anwendung der Museux'schen Zange und eines grossen geknöpften Bisturis grosse Schwierigkeiten gefunden; das Fahnestock'sche Instrument sei, besonders bei Kindern, wo die Mundhöhle eng ist, sehr schwer anwendbar, und hinterlasse gar zu leicht Reste der ausgerotteten Mandel, die dann zu Abszessen und dergleichen führen.

Hr. Guersant meint dagegen aber, dass viele Vorwürfe, die man dem Fahnestock'schen Instrument macht, weniger ihm selber, als der mangelhaften Art, dasselbe anzuwenden, zuzuschreiben seien. So einfach auch der Mechanismus dieses Instruments erscheint, so müsse man doch mit seiner Handhabung vollkommen vertraut sein, und gerade bei Kindern, wo er das Instrument immerfort anwende, habe er dasselbe sehr vortrefflich gefunden. Er sagt, er bediene sich desselben jedesmal in seinem Hospitale; die Operation geschehe immer schnell und mit grosser Sauberkeit, und mehrere Kollegen seien bereits von ihrem Vorurtheil gegen das Instrument zurückgekommen. Was den Einwurf betrifft, welcher allein einigen Grund zu haben scheint, dass die Mandeln viel zu wandelbare Körper seien, als dass sie jedesmal in den Ring hineinpassen könnten, so müsse er dagegen bemerken, dass der Wundarzt mehrere Ringe von verschiedenen Dimensionen vorräthig halten sollte; er bediene sich im Kinderhospitale immer desselben Instruments und er passe es allen Fällen an, und um zu verhüten, dass die Seitentheile der Zunge nicht mit verletzt werden, habe er dem Haken jedes Astes eine konzentrische Richtung gegeben. Kömmt es in einem Falle vor, dass die Mandel nicht vollständig ausgerottet werden, so setze er das Instrument noch einmal an und hole den Ueberrest heraus. Uebrigens begreife er sehr wohl, fügt er hinzu, alle die Einwürfe, die man gegen das Instrument macht, denn er selber habe sie beim Anfange dagegen erhoben, zumal da seine ersten Versuche ihn fast dazu gebracht hätten, das Instrument ganz zu verwerfen. Jetzt aber müsse und könne er das Instrument für die Amygdalotomie, bei Kindern zumal, empfehlen; ob es bei Erwachsenen eben so trefflich sei, könne er noch nicht sagen.

Hr. Chassaignac ist ganz der Ansicht des Hrn. Guersant, besonders darin, dass für die Ausschneidung der Mandeln bei Kindern das Fahnestock'sche Instrument sehr empfehlenswerth ist. Indessen gebe es Fälle, sagt er, namentlich bei Erwachsenen, wo das Instrument

nicht anwendbar ist, und wo man sich der Museux'schen Zange ui des Bisturis bedienen muss; es ist dieses da namentlich nothwendi wo die Mandeln nur klein, aber so verhärtet sind, dass sie doch we gen der Zufälle, die sie erregen, ausgerottet werden müssen. Deshal muss der Wundarzt sich mit beiden Arten zu operiren vertraut ma chen, und er müsse deshalb bei dieser Gelegenheit auch noch der Ver besserungen erwähnen, die er an dem mehrerwähnten Instrumente angebracht hat; diese bestehen darin: erstens, die Gabel des Instruments macht, um die Mandel in den Ring hineinzuziehen, eine hebelförmige Bewegung, welche für alle Fälle dieselbe ist; dieses hat aber den Nachtheil, dass, wenn die Mandel sehr gross ist, sie nicht ganz in die *Mitte* des Ringes, sondern mehr nach vorn in denselben gelangt, und umgekehrt. Demnach ist die Einrichtung von Nutzen, wodurch für jeden besonderen Fall der Grad des durch die Gabel verübten Zuges variirt werden kann; er hat es mittelst einer Schraube bewirkt, welche die Gabel beliebig verlängert oder verkürzt. Zweitens: es geschieht sehr oft, dass in dem Augenblicke, dass, wenn man die Gabel vorschieben will, diese Bewegung zugleich, ohne dass man es will, mit dem Aufsperren der Gabel, welche Bewegung später statthaben soll, zusammentrifft; dieses wurde sehr leicht durch eine einfache Neigung des *Fusses* der Gabel, so dass sie nicht anders vorgeschoben werden kann, *als* wenn sie fest an den Ring angelegt ist, verhütet. Drittens endlich geschieht bei der gewöhnlichen Konstruktion des Instruments die vollständige Ausstreckung des Daumens früher, ehe der Schnitt vollkommen geschehen ist. Um nun dieser Bewegung diejenige Dauer zu geben, deren sie bedarf, ist der Stützpunkt für den Daumen mittelst einer *Art* trichterförmiger Aushöhlung an dem Rande, an welchen der Daumen sich anlehnt, mehr nach hinten gebracht worden. Auch habe er, bemerkt er noch, die von Hrn. Guersant angebrachte Modifikation von drei Aesten, statt zwei, angenommen, und endlich müsse er noch einer Veränderung gedenken, die er am Bisturi angebracht; diese besteht nämlich in einem kleinen Vorsprunge, wodurch das Messer verhindert wird, oberflächlich zu wirken.

---

3. Angeborene Halsfisteln.

Hr. Guersant stellt der Gesellschaft ein 6 bis 7 Jahre altes Mädchen vor, das am untersten Theile der Zungenbeingegend eine kleine

Oeffnung hat, die ohne alle Spuren einer gegenwärtigen oder stattgehabten Entzündung angeboren zu sein scheint; dieses Loch führt in einen Gang, der ungefähr 2 Zoll lang ist und aufwärts gegen die Mundhöhle steigt, wo durch die eingeführte Sonde die Schleimhaut aufgehoben wird. Jedesmal, wenn das Kind isst, tritt etwas Flüssigkeit aus dem Loche aus. Die Eltern haben behauptet, dass auch rothgefärbte Flüssigkeit, die man dem Kinde in den Mund gegeben, aus dieser Oeffnung ausgetreten sei; allein die genauen Untersuchungen, die mit dem Kinde vorgenommen sind, haben dies nicht bestätigt. Hr. Guersant fragt die Anwesenden um ihre Meinung über diese Fistel.

Hr. Chassaignac erklärt sie für angeboren, und zählt sie zu den *sogenannten angeborenen Halsfisteln, die man öfters schon beobachtet.*

Hr. Lenoir ist dagegen, weil diese letzterwähnten Fisteln mehr seitwärts, nicht so sehr in der Mitte und nicht so hoch sitzen, wie in diesem Falle.

Hr. Berard hat bei einer Dame, die jetzt 30 Jahre alt ist, eine angeborene Halsfistel genau beobachtet. Bei dieser Dame zeigte die *Fistel, ganz im Gegensatze zu dem, was in denjenigen Fällen, die der Gesellschaft bekannt sind, stattfindet, die Eigenthümlichkeit, dass aus ihr ein sehr beträchtlicher Ausfluss einer fast durchaus klaren Flüssigkeit hervorkam.* In Folge dieses Uebelstandes sei er bewogen worden, die Behandlung zu versuchen. Der Fistelgang hatte keinen Zusammenhang mit der Mundhöhle, wenigstens konnte ein solcher nicht ermittelt werden. Hr. B. glaubte, durch Umwandlung der Fistel in einen grossen, in die Mundhöhle führenden Gang Heilung bewirken zu können. Nachdem er alle die Methoden versucht hatte, welche gegen die Speichelfisteln des Stenon'schen Ganges angewendet werden, gelang es ihm zwar nicht, die Fistel zu heilen, aber doch die Aussonderung zu beseitigen.

Hr. Danyau: Vor einigen Jahren gelang es mir, mittelst Einspritzungen von Jodine Heilung zu bewirken. Ein Kind zeigte, als es auf die Welt kam, seitlich am Halse in der Gegend der Karotis einen Eindruck, wie von einer vernarbten kleinen Wunde. Die auf diese Eintiefung gesetzte Sonde drang in ein Loch $2\frac{1}{2}$ Centimeter tief ein, und zwar schief von unten nach oben gegen die Schilddrüse. Die Herren Blandin, Danyau und Guersant, die zu einer Konsultation hinzukamen, konnten über die Natur dieser Fistel sich nicht eini-

gen; jedoch wurde eingeräumt, dass die Adhäsion der Fistelwandun durch Aetzung versucht werden müsse. In dieser Absicht wurde e gefurchte Platinasonde, welche mit Silbernitrat vollgefüllt worden, e geschoben; später wurden Jodeinspritzungen gemacht. Diese 6– Monate hindurch wiederholten Versuche bewirkten nur unvollkomme Adhäsionen; nun wurde eine sehr konzentrirte Jodinjektion (von rein Jodtinktur) gemacht, welche eine vollständige Verwachsung, die je schon 2 Jahre besteht, zur Folge hatte.

B. *Société médico-pratique* in Paris.

1. Ueber Scharlach, Masern und Pocken.

Hr. Puzin macht das Scharlach zum Gegenstand der Diskussion; er sagt, dass man bei Aufzählung der Komplikationen des Scharlach viel zu wenig an die Verbindung dieses Ausschlages mit andern Ausschlägen, namentlich mit der Variole und den Varioloiden denke. Es gäbe Fälle von einfachem Scharlach, wo Blutentziehungen sehr gute Dienste thun; so habe er am dritten Tage nach dem Ausbruche des Scharlachs einen Aderlass vorgenommen, der sich sehr nützlich erwiesen hat; er wolle die Anwesenden bitten, ihre Ansichten über die Komplikation des Scharlachs mit andern akuten Hautausschlägen, namentlich mit den Pocken, kund zu thun; wie ihm scheine, seien in solchem Falle die Pocken mehr zu berücksichtigen als der Scharlach.

Die Anwesenden gestehen, dass sie noch wenige Fälle dieser Komplikation des Scharlachs gesehen haben. Hr. Fouquier hat ein Kind behandelt, an dem sich bereits kleine Variol-Pustelchen entwickelt hatten, als am folgenden Tage die Masern hinzukamen. Nun war es interessant zu sehen, dass sogleich die Variole stehen blieb, die Masern aber vollständig ihren Lauf durchmachten, und dass erst, als dieser Verlauf zu Ende war, die Pocken ihrerseits ihren weitern Verlauf begannen. Bei dieser Gelegenheit habe er mitzutheilen, dass ihm ein Fall vorgekommen sei, wo ein neugebornes Kind mit den Pocken behaftet ward, ohne dass die Mutter, die es stillte, im geringsten daran litt; die Mutter aber sei vakzinirt gewesen; dass es an dem Kinde die ächten Pocken waren, ergab sich aus dem Vorhandensein mehrerer Variolkranken in demselben Hause und aus den später am Kinde zurückgebliebenen Narben.

Hr. Puzin bemerkt hierauf, dass er Kinder gesehen habe, die mit Pockennarben zur Welt kamen, ein Beweis also, dass sie diese Krankheit im Mutterleibe durchgemacht hatten. Schon **Mauriceau** habe dergleichen Fälle mitgetheilt.

---

2. Ueber die Syphilis der Säuglinge.

Hr. Puzin bemerkt, dass das Säugen der Kinder eine sehr häufige Ursache der Syphilis der Kinder sei. In dem Dorfe Trombus, erzählt er, ist der Gebrauch eingeführt, dass die Bäuerinnen die Kinder derjenigen Frauen aus ihrem Dorfe säugen, welche ausser dem Dorfe auf den Feldern beschäftigt sind. Eine *Bäuerin*, die *syphilitisch* war, hat durch diesen *Dienst mehrere Kinder* angesteckt, von denen wieder die säugenden Frauen infizirt wurden. Es gab dieses nun zu gegenseitigen Klagen und Prozessen Anlass, aber es liess sich nicht mehr die erste Quelle der Ansteckenden ermitteln und das Gericht konnte nicht entscheiden. Offenbar hat die erste Bäuerin Syphilis an der Brustwarze gehabt, und sie auf das Kind übertragen.

Hr. Foucart: Waren die Symptome primär oder konsekutiv?

Hr. **Puzin:** Die Syphilis, die sich in dem Dorfe verbreitete, war eine *konstitutionelle*, und bestand *in Pusteln und Augenentzündungen.*

Hr. Foucart: Dann kann die Sache sich nicht so verhalten haben, wie Hr. **Puzin** angiebt, denn ihr widersprechen alle neueren Beobachtungen und Erfahrungen. Es ist anerkannt, dass die konstitutionelle Syphilis weder durch zufällige noch durch absichtliche Einimpfungen auf Individuen übertragen werden kann. Die genauesten Untersuchungen haben im vorigen Jahrhundert den berühmten **Hunter** und in unsern Zeiten Herrn **Ricord** davon überzeugt. Die allgemeine Syphilis kann sich nur durch Ererbung auf die Kinder übertragen. Wenn ein neugebornes Kind seine Amme infizirt, so muss es an der Schleimhaut des Mundes primäre Syphilis, nämlich einen Schanker gehabt haben. Ein Schanker aber beweist einen direkten Kontakt wieder mit primärer Syphilis, und es kann dann nicht anders sein, als dass das Kind während der Geburt bei seinem Durchgange durch die Geschlechtstheile der Mutter von dieser oder gar von der Hebamme oder von der Wärterin angesteckt worden ist. Hat ein Kind einen Schanker am Munde, so kann es natürlich viele Frauen, denen es an die Brust gelegt wird, anstecken, diese Frauen können dann ihre Kinder, die sie säugen, infiziren, und diese wieder andre Ammen u. s. w. Es

ist dieses also immer primäre Syphilis, die übertragen wird; bei den einzelnen Individuen kann freilich bald konstitutionelle Syphilis darauf folgen.

Wie vorsichtig man sein müsse, in solchen Dingen ein Urtheil zu sprechen, geht aus folgendem Falle hervor, den ich im vorigen Jahre bekannt gemacht habe. Eine Frau nämlich kommt ins Hospital der Venerischen, und zeigt ihre Brüste, welche mit Schleimtuberkeln besetzt waren, zwischen denen sich flache Ulzerationen befanden; die Mandeln, das Gaumengewölbe und das Gaumensegel waren mit flachen Tuberkeln bedeckt. Die Kranke sagte, dass sie erst seit 6 Wochen krank sei, und behauptete von einem kranken Kinde angesteckt worden zu sein, das sie gesäugt habe, dessen Körper mit Krusten besetzt und dessen Zunge mit kleinen Geschwüren bedeckt war; sie wollte darüber ein Attest haben, um gegen die Eltern des Kindes auf Entschädigung klagen zu können. Hr. Cullerier aber untersuchte die Person genau, und fand auf den kleinen Schaamlefzen eine ganze Menge wirklicher Schanker, von denen einige schon vernarbt waren, einige aber noch in voller Entwickelung standen. Demnach also war das Verhältniss ein umgekehrtes, nämlich die Person hatte das Kind angesteckt, sie hatte primäre Syphilis, vermuthlich in Folge des Beischlafs mit einem mit Schanker behafteten Manne; sie litt bereits auch an beginnender konstitutioneller Syphilis, welche sie auf das Kind übertrug. Es wäre dieser Fall jedoch ein Beweis, dass die konstitutionelle Syphilis auch durch Säugen übertrabar ist.

Hr. Fouquier: Ein Kind bekam einige Tage nach seiner Geburt einen Ausschlag von syphilitischen Pusteln, wovon der ganze Körper bedeckt wurde. Die Mutter war gesund; die genaueste Untersuchung durch Hrn. Cullerier selber ergab nichts Krankhaftes an ihr; auch am Vater war nichts zu bemerken; indessen gestand er, vor 6 Monaten syphilitisch gewesen aber vollkommen geheilt worden zu sein. Das Kind starb einige Zeit nachher. Dieser Fall wäre ein Beweis, dass bei der anscheinend besten Heilung man nicht überzeugt sein könne, dass das Gift getilgt ist.

---

3. Ueber ein Brustleiden eigenthümlicher Natur als Folge eines Wechselfiebers.

Hr. Duperthuis zeigt der Gesellschaft ein Kind, das vor zwei Jahren von einem Wechselfieber befallen worden sei; dieses Fieber wurde durch schwefelsaures Chinin beseitigt. Es folgte aber darauf

ein Durchfall, und endlich ein hartnäckiger Husten mit häufiger Stimmlosigkeit, schleimig-schmutzigem Auswurfe, Dyspnoe und Erbrechen während des Hustens; dabei fehlte aber jedes auf ein Lungenleiden deutende auskultatorische Zeichen, auch fehlten die Schweisse und das Kind war durchaus nicht abgemagert. Man beschränkte sich darauf, ein Blasenpflaster auf den Arm zu legen und Flanellhemden tragen zu lassen. — Er bitte die Anwesenden um ihre Ansicht. Hr. Buzen hält den Zustand für eine Entzündung der äussersten Enden der Bronchien, und empfiehlt den Brechweinstein in einem *Infusum pectorale*. Hr. Serrurier dagegen empfiehlt *Syrupus Digitalis* und ausserdem Schröpfköpfe auf die Brust. Hr. Terrier untersucht das Kind genau; er erkennt hinten an der Brust einen etwas matteren Perkussionston *als vorn, ferner erscheint ihm die Ausathmung* markirter als die Einathmung, und endlich vernimmt er hinten unter der Gräte des rechten Schulterblattes ein Knirschen. Hieraus schliesst er auf eine chronische Bronchitis, und empfiehlt milde Ableitungen und Expektorantia.

---

4. Ueber mangelhafte Entwickelung des einen Beines bei einem Kinde und daraus entspringendes Hinken.

Hr. Guersant: Ich habe der Gesellschaft einen Fall mitzutheilen, *der mir von grossem Interesse erscheint; es ist dies* nämlich ein Fall von zurückbleibender Entwickelung eines Beines gegen das andere. Wohlbekannt ist, dass auch bei Kindern, in Folge halbseitiger Lähmung, eins der Glieder abmagern und abzehren kann, aber hier haben wir ein ganz gesundes Kind, welches, wie es etwa zwei Jahre alt war, zu hinken anfing. Dieses Hinken führte natürlich auf die Idee einer Krankheit des Hüftgelenks, des Kniegelenks, oder der Wirbelsäule. Von einem Leiden des Kniegelenks oder der Wirbelsäule muss man schon bei oberflächlicher Beobachtung abstehen, mit einem Leiden des Hüftgelenks kann man es allenfalls verwechseln, indessen ergiebt eine genaue Messung und Vergleichung, dass die Verkürzung nicht in einer Versenkung des Beines aus der Pfanne, sondern in einer wirklichen Abnahme des Grössenverhältnisses der einzelnen Theile desselben besteht, dass die Rotation des Gliedes keinen Schmerz macht, und dass der Trochanter sich vollkommen in seiner richtigen Stellung befindet. Das Bein ist nicht krank, sondern durch einen uns unbekannten Einfluss im Wachsen zurückgeblieben, und es ist sehr wichtig, solche Fälle zu kennen, damit man nicht in Gefahr gerathe, eine unnütze oder gar schädliche Behandlung vorzunehmen. Was ich hier em-

pfehle, ist viel Bewegung in freier Luft und eine kräftig nährende Diät.

Hr. Puzin: Ich habe einen ähnlichen Fall gesehen, das Subjekt war aber schon erwachsen. Das eine Bein war viel kürzer und magerer als das andere, ohne dass Lähmung da war; die Eltern dieses jungen Menschen waren skrophulös; viel Uebungen in freier Luft, der Gebrauch von Duschen und Stahlwässern führten eine solche Besserung herbei, dass zuletzt das Bein stärker und eben so lang wurden wie das gesunde.

---

5. Ueber die Blutausflüsse aus der Scheide bei kleinen Mädchen.

Hr. Richelot berichtet folgenden Fall: Ein kleines Mädchen, ohne Kunsthülfe von einer Primipara geboren, von zarter Konstitution, aber wohlgestaltet, bekam am zweiten Tage nach seiner Geburt einen Blutausfluss aus der Scheide. Dieser Ausfluss trat mit einiger Aufregung und einem Geschrei ein, wie es durch Koliken bewirkt zu werden pflegt; das Blut kam etwas schäumend und war etwas zähe, der Ausfluss dauerte 4—5 Tage und verschwand dann; alle Funktionen geschahen normal. Jetzt ist das Kind über zwei Monate alt, und nun ist der Ausfluss nicht wieder gekommen. Ist den Anwesenden, fragt *Hr. R.*, schon dergleichen vorgekommen? und sollte man diesen Blutfluss wohl für eine frühzeitige Menstruation halten können?

Hr. Cerise bemerkt, dass es viel Fälle von frühzeitiger Menstruation giebt, wo dieselbe im sechsten Monate des Lebens, im achten Monat, im zweiten Jahre u. s. w. eingetreten ist und angedauert hat; der von Hrn. Richelot berichtete Fall gehört aber nicht hierher, weil der Blutfluss nicht wiedergekommen ist. Was sehr interessant ist, ist der Umstand, dass bei einigen dieser kleinen frühzeitig menstruirten Mädchen, die in Folge einer anderen Krankheit gestorben sind, die Ovarien sich sehr entwickelt zeigten und sogar die Graaf'sschen Bläschen sehr deutlich waren, wo der Tod während der Menstruation eingetreten war. Der interessanteste Fall dieser Art findet sich in den *Annales d'Hygiène*; er betrifft ein kleines vierjähriges Mädchen, welches nicht nur regelmässig menstruirt war, sondern alle Zeichen der Mannbarkeit darbot, und unter anderem auch Brüste von der Grösse einer Pomeranze hatte. Aerzte, welche dieses Mädchen sahen, hielten dafür, dass es sehr wohl im achten Jahre Mutter werden könnte.

Hr. Blatin hielt dafür, dass der von Hrn. Richelot erwähnte Ausfluss wohl nur mit den Leukorrhoeen gleichzustellen sei, die

ei jungen Mädchen nicht selten sind; es mag wohl eine geringe Blut-einmischung gewesen sein, die aber von geringer Bedeutung war.

---

6. Angeborene Pocken oder *Variola intra uterum*.

Hr. Fouquier bringt diesen Gegenstand noch einmal zur Diskussion. Er habe, sagt er, mehrmals Schwangere an Pocken behandelt; sie sind nach Ablauf der Krankheit zur gehörigen Zeit niedergekommen, die Kinder haben aber durchaus keine Pockennarben gehabt. Waren hier die Kinder von den Pocken freigeblieben, oder war die Lage innerhalb des Fruchtwassers die Ursache, dass keine Narben zurückgeblieben sind? Hr. F. ist zu letzterer Ansicht geneigt.

Hr. Serrurier meint, dass dann vielleicht die Anwendung lauer Bäder ein sehr gutes Mittel wäre, um Pockennarben zu verhüten, wogegen ein anderes Mitglied sich mit der Bemerkung erhebt, dass ein solches Mittel darum nicht praktisch sei, weil man doch das Gesicht nicht unter Wasser halten könne, wo doch allein die Pockennarbe von Wichtigkeit ist.

Die Diskussion schliesst mit einer Notiz von den Hrn. Thore und *Bellhomme, nach welcher Kinder mit kleinen Pockenpusteln zur* Welt kamen, *ohne dass die Mutter im Geringsten davon ergriffen war.*

C. *Medical Society* in London.

Ueber die Behandlung der Purpura im Allgemeinen und besonders über das Vorkommen derselben bei Kindern.

Hr. Dendy berichtet von einem 4 Jahr alten Knaben, der mit Purpura behaftet war. Dieser Knabe war von schwächlicher Konstitution und litt, als er zwei Jahre alt war, an einem Kongestivzustande der Leber, der mit Opisthotonus und andern furchtbaren Symptomen begleitet war. Vor etwa 5 Monaten bekam der kleine Kranke einen Schmerz in der Seite, und gleich darauf entwickelte sich die Purpura. Das Kind ist jetzt seit 15 Wochen unter ärztlicher Behandlung, und bekam Tonika ohne allen Erfolg. Hr. Dendy behandelt das Kind erst seit 5 Wochen; als er es in Behandlung bekam, war es im Allgemeinen recht wohl, konnte gehen, indessen hatte es nichts weiter bekommen, wie Brod und Wasser, und der Magen war nicht im Stande,

süsse oder fette Dinge zu behalten. Hr. Dendy sagt, er fühle si überzeugt, dass, was auch die prädisponirende Ursache der Krankh sein möge, die veranlassende Ursache jedenfalls im Darmkanal un Pfortadersystem ihren Sitz habe. Um die Sekretionen zu verbesser gab er dem Kinde 14 Tage hinter einander jeden Abend 3 Gran Ka-lomel; während des Tages liess er 5 Tropfen der Fowler'schen Ar-seniksolution dreimal täglich nehmen; die Dosis wurde allmälig bis zu 12 Tropfen gesteigert. Unter dieser anscheinend entgegengesetzte Behandlung von sehr starkem Purgiren und sehr starker Reizung genas der kleine Kranke ohne alle nachtheiligen Folgen. „Bis jetzt", fährt Hr. Dendy fort, „ist die Behandlung der Purpura noch nicht auf feste Regeln gestellt, und wenn sie auch bei Erwachsenen vielleicht einen Grad von Auflösung und Schwäche darthut und mit tonischen Mitteln behandelt werden muss, so ist es doch sicherlich bei Kindern anders, bei denen, wie auch dieser Fall zu lehren scheint, wohl meistens ein krankhafter Zustand des Pfortadersystems zu Grunde liegt." — Er wünsche jedoch, fügt er hinzu, die Ansicht der Anwesenden über diese Krankheit zu vernehmen.

Hr. Headland nahm das Wort, und stellte die Ansicht auf, dass die Purpura aus sehr verschiedenen Ursachen entspringen könne; sie sei ihrem Wesen nach eine Erkrankung des Blutes, stehe dem Skorbut sehr nahe und könne sehr verschiedenen Ursachen ihre Entstehung verdanken. Möglich, dass in einigen Fällen eine Affektion des chylopoietischen Systems zum Grunde liege, aber es sei dieses ganz gewiss nicht immer der Fall. Die Behandlung, welche gewöhnlich gegen die Purpura angewendet wird, und sich auch von Nutzen erwiesen hat, bezeuge einen verarmten Zustand des Blutes, einen Mangel an Fibrin und auch wohl an andern Elementen; die Behandlung, die er als die beste erkannt, sei die antiskorbutische, nämlich die Verbesserung der Sekretionen, und dann die Darreichung von Zitronensaft und der Genuss der frischen Luft; auch Chinarinde, Eisen oder Chlorkali haben sich wirksam erwiesen. In einem sehr heftigen Falle von Purpura bei einem Kinde, welches auf die Entfernung eines Milchzahns eine so bedeutende Blutung bekam, dass die Purpurflecke bleich wurden, und der Kranke fast zusammensank, schien die innere Darreichung des Terpenthins von besonders gutem Nutzen zu sein.

Hr. Dr. Thompson bemerkte hierauf, auch er sei der Ansicht, dass die Purpura sich unter ganz verschiedenen Verhältnissen entwickeln könne, namentlich bei Kindern. In einem Falle, wo sie mit Konge-

tion des Leber begleitet ist, sei Kalomel durch Regelung der Sekretionen von ganz besonderm Nutzen; in andern Fällen, wo die Krankheit einfach in Reizung der Schleimhäute ihren Grund zu haben schien, erwiesen sich Demulzentia von besonderm Nutzen; in wieder andern Fällen besserte sich der Zustand nur unter dem Gebrauche der Säuren.

Hr. Dr. Willshire meinte, dass die Purpura ihrem Wesen nach in 2 Arten unterschieden werden müsse; in der einen Art sei im Blute der Gehalt an wässrigen Theilen überwiegend; in der andern Art sei das Blut normal, aber die Wände der kleinen Gefässe gestatten den Austritt desselben. In der ersten Art mögen abführende Salze durch Verminderung der wässrigen Theile nützlich sein.

Hr. Dr. Waller berichtet von einem Falle, der ihm vor Kurzem vorgekommen, wo ihm die Purpura offenbar von hepatischer Kongestion herzurühren schien; kräftige Abführmittel mit darauf folgenden tonischen Dingen zeigten sich hier sehr wirksam. Zu wünschen wäre allerdings eine genaue Untersuchung des Blutes der Purpura, und er wendet sich deshalb an den anwesenden Dr. O. B. Rees.

Dieser bemerkte, dass wir von dem Zustande des Blutes in der Purpura noch wenig wissen. In sehr vorgerückten Fällen erscheint das *Blut unter dem Mikroskope* gänzlich aufgelöst; in andern Fällen dagegen, *die auch einen sehr hohen Grad* erreicht haben, erscheint das Blut ganz normal. In manchen Fällen war das Blut sehr fibrinhaltig und bildete einen festen, becherförmigen und mit pleuritischer Kruste bedeckten Blutkuchen; in andern Fällen schien es grossen Mangel an Fibrin zu haben. Dennoch glaube er, dass es zwei verschiedene Stadien von Purpura gebe, so wie es auch in der Bright'schen Krankheit der Fall ist, in deren erstem Stadium das Blut einen Mangel an Albumen und einen grossen Reichthum an Blutkörperchen zeigt, in deren zweitem Stadium das Entgegengesetzte stattfindet. Man müsse wohl bedenken, dass, wenn man in dieser Krankheit Zitronensaft giebt, man eigentlich nichts weiter gebe, als ein Hyperzitrat des Natrums, welches den Urin alkalisch macht. Unter der Anwendung von kohlensaurem Natrum habe er auch in mehreren Fällen Besserung eintreten sehen. —

Hr. Dr. Chowne glaubt, dass jede schwächende Ursache Purpura bewirken könne; nicht immer beruhe diese Krankheit auf dürftiger Beschaffenheit des Blutes; bisweilen scheine sie nur eine rein örtliche Krankheit zu sein, insofern bisweilen die Konstitution dabei kräftig und

der Patient plethorisch erscheint. Demnach müsse auch die Behandlung in den verschiedenen Fällen sehr verschieden sein.

Hr. Dr. A. B. Garrod fand das Blut in der Purpura in sehr verchiedenem Zustande; in einigen Fällen war ein Mangel am Fibrin vorhanden, in andern war es im Uebermaasse da; nähere Untersuchungen müssen erst noch über den eigentlichen Grund dieser Veränderungen im Blute näheren Aufschluss verschaffen.

Die Diskussion wird vertagt.

In der nächsten Sitzung nimmt Hr. Dr. Clutterbuck den Gegenstand wieder auf; er erhob sich besonders gegen die von *Herrn* Dendy eingeführte Behandlung, die er für viel zu eingreifend erachten müsse.

Hierauf erwiedert Hr. Dendy, dass er die Wirkung der von ihm angewendeten Mittel genau im Auge behalten und die grösste Vorsicht geübt habe. Was das Kalomel betrifft, so wisse man wohl, dass der Merkur bei kleinen Kindern niemals solchen Nachtheil habe, wie bei Erwachsenen, offenbar weil die grosse Menge Schleim im Darmkanal bei Kindern den Merkur einhülle und binde; er habe nie vor dem 3ten und 4ten Lebensjahre Speichelfluss eintreten sehen. Was die Anwendung des Arseniks betrifft, so habe er in andern Fällen eben *so viel* gegeben, und er glaube überhaupt, dass man mit diesem Mittel viel zu furchtsam sei. Gegen schuppige Hautausschläge habe er dieses Mittel bei Kindern oft gebraucht; er müsse bei dieser Gelegenheit bemerken, dass es vor dem achten oder neunten Lebensjahre ihm nicht Nutzen zu bringen schien. Die Zeichen, wann mit dem Arsenik aufzuhören sei, seien deutlich genug; so wie nämlich das Kind über Kopfschmerz klagt oder den Kopf auf die Schultern hängen lässt, thue er dem Mittel Einhalt, gebe diaphoretische und Abführmittel und beginne nach einiger Zeit mit dem Arsenik von neuem.

Hr. Bishop bemerkte, dass seiner Erfahrung nach der Arsenik, wenn er gegen die Schuppenausschläge bei Kindern etwas ausrichten solle, höchstens 6—8 Wochen hinter einander gegeben werden müsse; je grösser das Menstruum ist, in welchem die Dosis Arsenik gegeben wird, desto besser wird dieses Mittel vertragen.

VI. Miszellen und Notizen.

Verdünnte Schwefelsäure gegen Keuchhusten empfiehlt in Anonymus in der *Lancet* (26. Juli 1845) ganz besonders. Man oll 3—4mal täglich einen Theelöffel voll verdünnter Schwefelsäure iit einem Theelöffel voll Zucker angerührt geben. Oder man mische ine Unze davon mit einem Pint Wasser, setze dazu 2 Unzen einfahen Syrup, und gebe davon 3—4mal täglich einen Esslöffel voll. Es ist dieses in der Gegend von Ipswich ein so bekanntes und so beiebtes Volksmittel, dass man zu nichts Anderem greift, wenn Keuchausten da ist. Bisweilen giebt man ein Brechmittel, aber dann nur von *schwefelsaurem Zink.*

Nachricht über das junge, 14jährige, mit einer höchst interessanten Missgeburt verwachsene Mädchen, welches jetzt hier in Berlin zu sehen ist.

(Hierzu die Abbildung.)

Das Mädchen, von dem hier die Rede ist, wird von dem Vater desselben in dem Nebenzimmer eines Gasthauses *in der Dresdnerstrasse* No. 32 für eine kleine Gabe, die dem Belieben eines Jeden überlassen ist, gezeigt, und hat nicht nur das Staunen der Laien erregt, sondern auch die Männer von Fach stutzig gemacht.

Für die Herren Kollegen in Prag, Wien, Dresden ist die Person nichts Neues, denn der Vater ist mit ihr in diesen Städten gewesen; auch die Aerzte, welche die Naturforscherversammlung in Prag (im Jahre 1842) besucht haben, werden sich ihrer erinnern, denn sie ist ihnen, wie der Vater angiebt, vorgestellt worden.

Für alle übrigen Aerzte ist sie aber ein noch nie gesehenes Naturspiel, und verdient als wunderbares Phänomen eine genaue Schilderung. Im Interesse unserer Leser verknüpfen wir mit dieser Schilderung eine getreue Abbildung, und fügen nur noch einige Bemerkungen über die Art und Weise, wie diese Monstruosität zu deuten und aufzufassen sei, hinzu.

Anna Marie, der Angabe nach etwa 14 Jahre alt, ist die Tochter des Tischlers Wenzel Przenosyl aus der Herrschaft Svietla, Czaslauer Kreises, in Böhmen. Sie ist in der Ehe von einer gesunden

Mutter rechtzeitig geboren, und hat mehrere Geschwister, die vollk men wohlgestaltet sind. Auch der Vater ist normal gestaltet, und die Statur und den Habitus eines gehörig ausgewachsenen Mannes fast 50 Jahren.

Das Mädchen ist für ihre Jahre, wenn ihr Alter richtig ange ben worden, vortrefflich entwickelt; sie ist schlank, hübsch gewachs wohlproportionirt, von einer angeborenen Grazie in ihren Bewegun und nicht ohne Anmuth in den Gesichtszügen. Vollständig beklei zeigt sie vom Kopfe bis zu den Zehen auch nicht die geringste Mis gestalt, und man muss sich wundern, wenn man mit der *Idee*, ein Monstrum besichtigen zu wollen, das kleine Zimmer betritt, dass es dasselbe niedliche Mädchen ist, von dem bereits die Zeitungen gesprochen, und das auf den Stuhl hüpft, um sich behufs der Untersuchung zu entblössen.

Wenn sie den Stuhl bestiegen hat, so braucht sie nur hinten d. Röcke in die Höhe zu heben, um sogleich einen vollständigen Anblick der Monstruosität zu gewähren. Man erblickt alsdann an der rechten Hinterbacke, den unteren Theil derselben bedeckend und fast bis z Mitte des rechten Oberschenkels an dessen Rückenseite herabhängend, eine längliche, etwas unförmliche Fleischmasse, in der man *sogleich* eine verkrüppelte, verwachsene, verzerrte menschliche Extremität erkennt, die mit einer natürlich gefärbten, und wahrscheinlich auch normal konstruirten Kutis und Epidermis bekleidet ist. Ein oberflächliche Betasten ergiebt, dass die Masse aus Knochen und Fleisch besteht und eine, wenn auch etwas kühle, doch lebenswarme Temperatur besitzt. Eine genaue Untersuchung lässt einen unförmlichen Fuss (*a*) erkennen, der aus zwei Füssen zusammengeschmolzen zu sein scheint; denn man sieht an ihm an 10 theils ausgebildete, theils rudimentöse, theils verschmolzene Zehen, von denen einige (*b*) seitswärts stehen und wie angefügt erscheinen; die Sohle des Fusses (Fig. 2) zeigt zwei Hervorragungen (*m*, *m*), welche vielleicht zwei neben einander stehende Fersenbeine sein mögen. Die Zehen sind mit Nägeln bekleidet, die nach Angabe des Vaters des Mädchens kräftig wachsen, und daher *öfter* beschnitten werden müssen. Der monstruöse Fuss artikulirt nur wenig mit einem unförmlichen, gegen den Oberschenkel gebeugten und *mit* diesem durch Fleischmasse verwachsenen Unterschenkel (*c*). Die Knochen, die man in diesem Unterschenkel fühlt, lassen sich nicht genau unterscheiden; indessen scheint es, als wenn zwei Tibien mit einander verschmolzen sind, oder wenigstens neben einander liegen; eine

bula oder sonstige Fussknochen lassen sich nicht deutlich heraus erennen. Wo der Doppelunterschenkel, — denn so möchte ich ihn ennen, — mit dem Oberschenkel zusammenstösst, ist ein monstruöses, enig bewegliches und etwas zusammengedrücktes Kniegelenk (*d*) emerkbar, an welchem eine Kniescheibe sich erkennen lässt. Der unörmliche, mit dem Doppelunterschenkel, wie bereits angegeben, verachsene Oberschenkel (*f*) scheint nur einen Knochen zu enthalten. erfolgt man diesen Oberschenkel aufwärts (*g*), so gelangt man zu einer rossen, in dem unteren Theile der rechten Hinterbacke befindlichen)effnung (*h*), die wie eine grosse Vagina das oberste Ende des unörmlichen Oberschenkels umgiebt, und anscheinend den Ueberrest des Monstrums in sich fasst. Ueber dieser scheidenartigen Oeffnung bildet ler *obere Theil der rechten Hinterbacke* zwei Wülste (*k, k*), welche lem drückenden Finger wie hohle Taschen oder Säcke erscheinen, und iebt man das monstruöse Gebilde, indem man es etwas nach links hin lrückt, so fühlt man im unteren dieser beiden Wülste einen rundlichen harten Körper, der offenbar mit dem hinausragenden monstruösen Gebeine zusammenhängt, denn er folgt den mit diesem vorgenommenen Bewegungen. Der Vater des Mädchens meint, es sei dieses der Kopf *des* aus dem Leibe seiner Tochter herausgewachsenen Monstrums; allein der *in die Höhlung, aus welcher das Monstrum* hervorgekommen, eingeführte Finger ergiebt bald das Irrige dieser *Behauptung*. *Mit* dem Finger nämlich gelangt man längs des monstruösen Oberschenkels in eine, offenbar ausserhalb des Beckens an dessen Rückseite belegene, Höhle, die mit einer feinen mukösen Haut ausgekleidet ist; man fühlt deutlich, dass das obere Ende des akzessorischen monstruösen Femurs oben sich zu einem dicklichen Kopfe zurundet und in einer Art Nussgelenk sitzt. Wie dieses Nussgelenk beschaffen, von welchem Theile es gebildet ist, wo es ansitzt, und wie es weiter sich verbindet, lässt sich nicht sagen, denn der Finger reicht nicht höher.

Das monstruöse akzessorische Gebilde hat einen Puls, der mit dem des Mädchens synchronistisch ist, und etwa 80 in der Minute zählt. Wenn man das Gebilde nur *leise* betastet, so hat das Mädchen davon keine Empfindung; wenn man es jedoch kräftig umfasst und drückt, besonders höher oben, so empfindet es das Mädchen, jedoch, wie sie angiebt, nur sehr dunkel.

Das Mädchen ist der Angabe nach noch nicht menstruirt; sie hat wohlgeformte äussere Genitalien, normale Urethra, normalen After, und verübt alle diese Oeffnungen betreffenden Funktionen normal. Das

Becken ist gut konformirt; wenigstens stehen die Symphyse der Scha
und die beiden Darmbeine vollkommen ebenmässig, und die wohl
formten Beine des Mädchens stehen in vollkommen richtiger Positi
zum Becken und bewegen sich nach allen Richtungen mit Leicht
keit. Nur das Kreuzbein erscheint etwas nach links gedrängt; wen
stens ist an dessen rechter Seite, so weit man von aussen fühlen kan
eine Lücke, die sich fast bis zum oberen Rande des Knochens erstreckt
die Steissbeine scheinen gänzlich zu fehlen. Die linke Hinterback
erscheint auch wulstig; oben über dem Kreuzbeine erblickt man einige
Narben, die von früheren Abszessen herrühren.

Wenn das Mädchen geht oder steht, so hat sie nicht die geringste
Unbequemlichkeit von der ihr hinten herausgewachsenen Masse; auch
nicht, wenn sie auf der Seite liegt. Nur auf dem Rücken kann sie
nicht gut liegen, auch muss sie etwas auf die linke Seite geneigt oder
auf dem Rande des Stuhles sitzen. Das Mädchen schläft gut, ist munter, und soll, nach Aussage ihres Vaters, einen grösseren Appetit besitzen, als ihr eigentlich zukäme.

Wir wollen diese Schilderung mit dem schliessen, was der Vater
über Entstehung und Wachsthum der Monstruosität aussagt. Seine
Tochter, sagt er, sei ganz wohlgestaltet zur Welt gekommen; man
habe nichts Ungewöhnliches an ihr wahrgenommen. Ob sie gleich bei
der Geburt eine kleine Erhöhung an der rechten Hinterbacke gezeigt,
wusste er weder zu verneinen noch zu bejahen. Zu vermuthen ist,
dass eine solche Auftreibung dagewesen, und dass sie nur übersehen
worden. Als das Mädchen zwei Jahre alt gewesen, habe sich hinten
eine Geschwulst erhoben, die so sehr zu schmerzen angefangen, dass
das Kind an zwei Monate auf dem Bauche liegen musste. Dann sei
unter den lebhaftesten Schmerzen die Geschwulst aufgebrochen; es sei
eine wässerige Flüssigkeit ausgetreten; darauf sei ein Kindestheil, nämlich das eben beschriebene monströse Gebein, zum Theile zum Vorschein gekommen, Anfangs sehr klein und kurz gewesen, aber mit
dem Heranwachsen des Mädchens sei es mitgewachsen, immer grösser,
länger und dicker geworden, bis es das jetzige Volumen erreicht hat.
So weit geht die Aussage des Vaters.

Wie ist diese eigenthümliche Monstruosität aufzufassen? Wie ist
sie zu deuten? In welche Kategorie gehört sie? Wir wollen, um uns
zu orientiren, nur an die neuesten Klassifikationen der Monstruositäten
von Blumenbach, Otto und Isid. Geoffroy St. Hilaire uns
wenden. Blumenbach hat bekanntlich 4 Klassen, nämlich: 1) *Fa-*

brica aliena, wo gewisse Theile eine durchaus widernatürliche Konfiguration gewähren; 2) *Situs mutatus,* Monstruosität bestehend in Versetzung der Theile; 3) *Monstra per defectum,* wo etwas fehlt, und 4) *Monstra per excessum,* wo ein Zuviel ist. Ohne allen Zweifel gehört unsere Monstruosität in diese 4te Klasse, allein diese Eintheilung, zu der Meckel noch eine 5te hinzugefügt zu haben scheint, nämlich die der Hermaphrodismen, giebt nur ein sehr geringes Verständniss der verschiedenen vorgekommenen Monstruositäten, die offenbar noch viel spezieller geordnet werden müssen. — Auch die Otto'sche Eintheilung genügt in dieser Beziehung noch nicht; er hat 8 Klassen, nämlich: 1) Abweichungen in Bezug auf Zahl (ein Zuwenig oder ein Zuviel); 2) Abweichungen in Bezug auf Grösse (Zwerge, *Riesen*); 3) Abw. in Bezug auf Form; 4) Abw. in Bezug auf Lage (z. B. *Situs inversus*); 5) Abw. in Bezug auf Konnexion (Spaltbildung, widernatürliche Verwachsung); 6) Abw. in Bezug auf Farbe; 7) Abw. in Bezug auf Konsistenz, und 8) Abw. in Bezug auf Kontinuität; es gehört also unsere Monstruosität in die 1ste Otto'sche Klasse. — Viel spezieller und weit festeren Anhalt gewährend ist die Eintheilung von Isid. Geoffroy St. Hilaire. Er bringt alle Anomalieen in 4 grosse Gruppen: Hemiterien (einfache, anatomisch nicht sehr bedeutende Abweichungen vom normalen Typus); Heterotaxien (mehr innerliche Abweichungen vom Normaltypus); Hermaphrodismen, und endlich wahre Monstruositäten (sehr bedeutende, komplizirte, äusserlich sehr auffallende Abweichungen vom Normaltypus).

Diese 4te Gruppe zerfällt in: 1) Autositen (2 Individuen von gleicher Entwickelung, gleicher Berechtigung, von denen man nicht sagen kann, dass das eine oder das andere der zusammen verwachsenen Individuen das eigentliche, oder tragende, oder ernährende Geschöpf des andern sei); 2) Parasiten (das eine Individuum ist gegen das andere nur sehr unvollständig, rudimentös ausgebildet [Parasit] und sitzt dem vollständiger ausgebildeten [Autositen] so an, dass dieses das tragende, ernährende von jenem ist.)

Wir haben nicht zu zweifeln, dass die hier abgebildete Monstruosität zur zweiten Ordnung der 4ten Gruppe, nämlich zu den Parasiten gehört.

Die Parasiten scheidet der Autor in 3 Sippschaften: 1) wo das parasitische, aussen ansitzende Geschöpf vom autositischen zwar auffallend verschieden, aber doch noch dessen ganzen Typus zeigt; 2) wo der Parasit aussen ansitzt, aber so unvollständig, so träge in seinen

Lebensäusserungen und dem Autositen so untergeordnet ist, dass man jenes fast nur für einen überzähligen Theil des letzteren zu halten geneigt ist; endlich 3) wo die Duplizität des Autositen und Parasiten noch weniger auffallend ist, indem letzterer in ersteren eingeschlossen und in demselben mehr oder weniger verborgen ist.

Gehört nun die vorstehende Monstruosität zu dieser letzten oder zur zweiten Sippschaft der Parasiten? Der Angabe des Vaters zu Folge war der Parasit eingeschlossen, und man erkennt noch jetzt die Oeffnung, aus der er hervorgekommen. Er ist also zur letzten Sippschaft, zu den Monstruositäten *per inclusionem* (*foetus in foetu*) oder zu der Sippschaft der Endokymier, wie Isid. Geoffroy St. Hilaire sie bezeichnet, zu zählen.

Andererseits ist, wenn man von diesem Umstande, nämlich von dem früheren Eingeschlossensein, ganz absieht, und das parasitische Gebilde, wie es jetzt sich darstellt, allein ins Auge fasst, soviel sich ermitteln lässt, nur ein Paar überzähliger, rudimentöser, verschmolzener Beine vorhanden, welche mit irgend einer Parthie des Beckens, oder der Wirbelsäule, oder einem anderen Theile des Autositen artikulires oder verbunden sind; es würde demnach diese Monstruosität zur 2ten Sippschaft, und zwar zur Ordnung der Polymelier (mit *überzähligen* Gliedmaassen nach Isid. Geoffroy St. Hilaire) und zur Unterordnung der Pygomelier (von πυγή, die Steissgegend, und μέλος, das Glied) gehören. Jedenfalls bildet sie eine Uebergangsstufe von der dritten Sippschaft zu den Polymeliern der zweiten Sippschaft, und es giebt nur ein einziges bekanntes Beispiel, welches einige Analogie darbietet und das sich in den Dissertationen von Liesching und Dannenberger (Tübingen 1755) unter dem Titel *Tripes heitersbacensis* beschrieben findet; es war dieses ein Kind, bei dem aus einer Geschwulst hinten am Kreuzbeine ein drittes Bein zum Vorscheine kam.

VII. Bibliographie.

Thomas Smith, *On the Nature, Causes, Prevention and Treatment of acute Hydrocephalus or Water-brain fever. London* 1845. 8. 168 Seiten.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VI.] BERLIN, FEBRUAR 1846. [HEFT 2.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ueber die Erscheinungen, welche die Chlorose und Anämie kleiner Kinder darbietet, und über die Ursachen derselben, von Dr. Fr. J. Behrend, Mitherausgeber dieser Zeitschrift.

Wenn man zwischen Blutarmuth oder Chlorose, und Blutmangel oder Anämie den Unterschied macht, dass bei ersterer das Blut verhältnissmässig nur sehr wenig Blutkügelchen enthält und zur Bildung des Fibrins wenig geneigt ist, während bei der eigentlichen Anämie das *Blut nur quantitativ vermindert ist,* aber sein angemessenes Verhältniss an Blutkügelchen *besitzt,* und *eine gehörige, ja oft noch eine verstärkte* Tendenz zur Fibrinbildung hat, so kommt im kindlichen Alter dieser wahre Blutmangel auch wohl oft vor, aber doch noch seltener als die in Verarmung des Blutes selber oder in dürftiger Blutbereitung bestehende Chlorose.

Die Anämie ganz rein, wie sie hier definirt worden, würde dann nur das Resultat grosser Säfteentziehungen oder Blutverluste sein, und wenn wir auch Fälle nachzuweisen finden, in denen bei Kindern diese Ursachen eingewirkt und wahre Anämie erzeugt haben, so kommen doch, namentlich unter der Bevölkerung grosser Städte, diejenigen Fälle viel häufiger vor, die man nach der eben gegebenen Definition als wirkliche Chlorose bezeichnen darf; ich werde gleich Gelegenheit haben darzuthun, worin dieses häufige Vorkommen beruht, und ich will nur bemerken, dass mit Chlorose auch fast immer Anämie verbunden ist, d. h. dass, wo ein an Gehalt armes Blut sich ausbildet, es auch zugleich in geringerer Quantität vorhanden ist; dass aber umgekehrt wahre Anämie nicht immer Chlorose nach sich zieht, sondern im Gegentheil schnell durch eine kräftige Blutbereitung sich zu er-

setzen strebt, sobald dazu die hinreichenden Mittel gewährt werden Wir haben demnach wohl das Recht, diese beiden Blutzustände gesondert von einander zu betrachten, und ihnen in ihren Ursachen und Wirkungen nachzugehen. Wir beginnen mit der einfacheren Art, nämlich mit der Anämie, und gehen dann zur zusammengesetzteren, nämlich zur Chlorose über.

1) Anämie. Sie besteht, wie gesagt, in einer blos quantitativen Verminderung der Blutmasse, ohne dass eine verschlechterte Qualität derselben mit in den Begriff hineingehört. Es fehlt dem Kranken an Blut, aber das vorhandene Blut ist von guter Beschaffenheit. Es *ist* hieraus leicht zu entnehmen, welches die Ursachen dieser Blut*armuth* sind. Die Ursachen sind theils direkte, theils indirekte. Es giebt nur eine direkte Ursache, nämlich Blutverlust. Die indirekten Ursachen sind Nahrungsentziehung und erschöpfende Behandlung durch zu anhaltenden Gebrauch von Abführmitteln und sogenannten antiphlogistischen Agentien, besonders von dem in der Kinderpraxis so häufig gemissbrauchten Kalomel.

Was man eine übermässige Blutentziehung im kindlichen Alter nennt, ist bekannt. Bei Säuglingen bringt das einmalige Ansetzen von 6 — 8 Blutegeln oft schon einen, eine gewisse Zeit hindurch dauernden, anämischen Zustand hervor; bei anderen Säuglingen *führt das* wiederholte Ansetzen einer kleineren Anzahl Blutegel diesen Zustand herbei. Bei grösseren Kindern ist eine noch häufigere und stärkere Blutentziehung dazu erforderlich; ausser derselben kommen aber auch bisweilen Blutungen aus der Nase, dem After, bisweilen aus dem Munde bei kleinen Kindern vor, welche Blutverluste durch ihre Wiederholung einen anämischen Zustand bewirken. Chirurgische Operationen, Verwundung grösserer Gefässe, und daraus entspringende Blutungen, führen zu demselben Resultat. Wir haben ein Kind lange Zeit an Anämie leiden sehen, welches mit einem Messerschnitt beim Spielen eine Vene an der Armbeuge sich verwundete, deren Blutung nur schwer stillbar war. In einem anderen Falle bildete sich am Halse ein Abszess, welcher nach Aussen aufbrach, und in welchen hinein eine Vene mündete, die eine bedeutende Blutung unterhielt, ehe die geeigneten Hülfsmittel gefunden werden konnten, sie zu stillen. Die Quellen der Blutung können sehr verschieden sein; es ist das vollkommen gleichgültig, das Resultat ist dasselbe, nämlich Blutverlust, und dies Resultat hat wieder ein anderes zur Folge, die Anämie.

Was die übrigen Ursachen betrifft, so treten sie besonders da ein,

wo akute Krankheiten auf eine rücksichtslose und unüberlegte Weise eine viel zu lange Zeit hindurch und viel zu kräftig antiphlogistisch und schwächend behandelt, und wo die Bedingungen nicht genau befolgt worden sind, die zur Wiederherstellung durch Beförderung der Blutbereitung nothwendig sind.

Gehen wir zu den Erscheinungen über, durch welche bei Kindern die Anämie sich kund giebt, so finden wir fast dieselben wie bei Erwachsenen. Grosse Bleichheit, Kälte der Extremitäten, Schwäche mit Neigung zum Schlaf, eingesunkene Augäpfel, oft mit sogenannten blauen Ringen um die Augen, ein kleiner, beschleunigter, wegdrückbarer, bisweilen fadenförmiger Puls, Aufregung, manchmal bis zu vorübergehenden Krämpfen sich steigernd, flüchtige gleich wieder dahinschwindende *Röthe auf* den Wangen, ein zunehmendes Zusammensinken, bilden die Hauptzüge der Anämie, wenn sie sich schnell erzeugt; erzeugt sie sich langsam und allmälig, so bildet sich derjenige Zustand aus, den Mason Good, Merriman und in neueren Zeiten besonders Marshall Hall unter dem Namen Hydrenkephaloid-Krankheit beschrieben haben. Wir halten es nicht für nöthig, die Züge dieser Krankheit genau auszumalen; wir bemerken nur ganz kurz, dass es, wie der Name andeutet, ein Zustand ist, welcher dem ersten Anschein nach sich wie *Hydrokephalus* im zweiten Stadium darstellt, dass das Kind nämlich in einen mit Konvulsionen verbundenen Zustand von Koma verfällt, und dass uns einerseits die Anamnese und andererseits die kalten Wangen, die sehr bemerkbare Schwäche und die Wegdrückbarkeit des Pulses unterscheidende Merkmale darbieten. Nach Marshall Hall sind dieser sogenannten Hydrenkephaloid-Krankheit immer ein schwächendes Verfahren, grosse Blutverluste, Nahrungsentziehung oder Schwächung durch anhaltenden Gebrauch von Abführmitteln vorausgegangen. Ich habe in der That Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, wo diese Krankheit langsam sich heranbildete, und dann scheinbar plötzlich zur Manifestation kam. Es war dies ein kräftiger, gesunder Knabe von 5 Jahren, der von einer Bronchitis befallen worden, welche zwar sehr heftig war, die aber sein Arzt doch gar zu schwächend mit wiederholt angesetzten Blutegeln, Kalomel und anderen Abführmittel behandelte; die Folge war Genesung, es blieb aber eine solche Schwäche zurück, dass der Knabe sich gar nicht erholen zu wollen schien. Er blieb bleich, hatte etwas eingesunkene Augen und blaue Ränder um dieselben, kühle Wangen, kühle Extremitäten und klagte, auf welches Symptom ich besonders aufmerksam mach

über grosse Müdigkeit bei der geringsten Anstrengung. Er war stets verdriesslich, schlummersüchtig, und schlief doch unruhig und unter lautem Schnarchen. Da der Sommer herangekommen war, glaubten die Eltern, die nicht so wohlhabend waren, eine Landwohnung nehmen zu können, ihren Sohn dadurch zu stärken, dass sie ihn öfter ins Freie brachten. Sie thaten dieses aber mit einem gewissen Ungeschick, denn sie strengten ihn dabei zu sehr an. Eines Tages hatten sie ihn vor das Thor geführt, und ihn trotz seines Widerstrebens und seiner Klage über Ermattung und Müdigkeit angetrieben, einen Hügel hinanzusteigen, in der Idee, ihn an das Gehen wieder zu gewöhnen. Kaum waren sie auf dem Hügel angelangt, so verdrehte das Kind die Augen, sank um und verfiel in die heftigsten Zuckungen. Die Eltern liefen tief erschreckt mit dem Kinde in ein benachbartes Haus, wohin ich, der ich mich zufällig in der Nähe befand, gerufen wurde. Ich fand das Kind im vollständigsten Koma, die Zuckungen hatten noch nicht aufgehört, die Pupillen waren sehr erweitert und unempfindlich gegen das Licht, der Puls war kaum fühlbar, die Extremitäten kalt, die Beine in die Höhe gezogen, der Bauch eingesunken und die Wangen kühl. Ich würde über den Zustand sehr stutzig gewesen sein und ihn vielleicht für eine plötzlich eingetretene Wasserergiessung *ins Gehirn* oder die sogenannte *Apoplexia serosa* (Wasserschlag) gehalten haben, wären nicht die Kälte und Blässe der Wangen, die sehr kalten Extremitäten und die Welkheit und Eingesunkenheit des Fleisches mir sehr auffallend gewesen, und wäre nicht der Gedanke an das bereits erwähnte Hydrenkephaloid in mir wach geworden. Aber die Anamnese besonders war es, die mich in meiner Diagnose bestimmte und mich bewog, Reizmittel anzuwenden. Ich flösste dem Kinde Zuckerwasser mit einigen Tropfen Rum, welcher gerade vorhanden war, ein; ich liess es mit Rum etwas waschen, und hüllte es in erwärmte Flanellkleider ein. Ein schnell nach der Stadt gesendeter Bote musste Essigäther holen, wovon dem Kinde mehrmals eine kleine Dosis gereicht wurde. Nachdem es ein wenig sich erholt hatte, wurde es vom Vater behutsam nach der Stadt getragen, und hier setzte ich die Behandlung in demselben Sinne fort. Ich verordnete Ammoniakalien, kräftigen Wein, Brühen, und eine frische, kräftige Milch. Unter dieser Behandlung nahm das Kind sichtlich an Wohlbefinden zu, und hatte sich nach 4 Wochen so vollständig gebessert, dass es ein frischeres Aussehen bekam und nicht mehr über die frühere Mattigkeit und Ermüdung klagte.

Es mag wohl Zustände geben, in denen die Anämie sich noch langsamer ausbildet und in anderen Formen zur Manifestation kommt; die Winke, die wir hier gegeben haben, werden jedoch hinreichend sein, den Praktiker auf die wahre, im kindlichen Alter durchaus nicht seltene Anämie aufmerksam zu machen, denn hat er dieselbe erkannt und richtig aufgefasst, so ergiebt sich die Behandlung von selber; sie ist einfach und in dem zuletzt erwähnten Falle hinreichend angedeutet. Hinzufügen will ich nur noch, dass ich den Genuss der freien Landluft, besonders im Sommer, für ein mächtiges Agens halte, die Blutbereitung zu fördern; nur müssen die Kranken von Anstrengung jeglicher Art abgehalten werden. Das Gefühl der Müdigkeit und Abmattung ist ein hinreichender Fingerzeig, und der Schlaf, wozu solche Kranke viele Neigung haben, darf ihnen niemals gehindert werden.

2) *Chlorose* oder *Blutarmuth.* Fast immer mit Anämie verbunden, bildet sie sich langsamer heran, als diese letztere. Die Ursachen der Chlorose sind komplizirter, und bedürfen einer längeren Einwirkung, um dem Blute diejenige Beschaffenheit zu geben, die wir Blutarmuth genannt haben [1].

Ich glaube, dass ich wohl das Recht habe, eine angeborene Chlorose von einer später erlangten bei Kindern zu unterscheiden. Die Ursache der angeborenen Chlorose liegt theils in Schwäche, besonders aber in dyskratischer, namentlich gichtischer, skorbutischer, skrophulöser und auch wohl durch grosse Merkurialkuren, Lüderlichkeit oder angreifende Krankheiten herabgesetzter Konstitution des zeugenden Vaters, oder in tiefem Kummer, Sorge, grosser geistiger und körperlicher Anstrengung, unzureichender Ernährung, Erschöpfungskrankheiten, Blutflüssen, angreifende nervöse Zustände der schwangeren Mutter. Diese eben genannten Ursachen, Seitens des Vaters oder Seitens der Mutter, erzeugen das, was ich angeborene oder ererbte Chlorose nenne, die ich gleich noch näher zu bezeichnen Gelegenheit haben werde.

Was die erlangte Chlorose kleiner Kinder betrifft, so wird sie vorzüglich erzeugt durch Einflüsse, welche auf die ärmeren Klassen grosser bevölkerter Städte einwirken. Schlechte, mit ungesunden Dün-

---

1) Dem Blutmangel oder Anämie steht gegenüber der Blutüberfluss oder Plethora; der Blutarmuth oder Chlorose aber steht gegenüber der Blutreichthum oder die Hyperinose (nach Fr. Simon), wo nämlich das Blut überreich an Blutkügelchen und an plastischen Stoffen ist (Entzündungsblut?).

sten geschwängerte Luft, feuchte Wohnung, Mangel an gehöriger Erwärmung, unzureichende Bekleidung, schlechte Ernährung, Mangel an Ruhe und gehörigem Schlaf, harte Behandlung, sind diejenigen Ursachen, welche mehr oder weniger zusammentreffen, um Chlorose bei sonst kräftig geborenen Kindern zu erzeugen. Bei den wohlhabenden Ständen, so wie bei den Bewohnern kleiner Städte und auf dem Lande kommt die Chlorose kleiner Kinder gar nicht oder nur höchst selten vor. In den höheren Ständen und der reicheren Klasse grosser Städte, wo die üppige, luxuriöse Lebensweise und Aufregung aller Art mehr zu Hause ist, als in den mittleren Ständen, kommen kleine an Chlorose leidende Kinder bisweilen vor, doch mag hier die Chlorose eher eine ererbte, als eine später erlangte sein, da bei den richtigeren Ansichten, die man heut zu Tage über die Pflege kleiner Kinder hat, bei der Aufmerksamkeit Seitens gebildeter Aerzte und Wärterinnen, deren die höheren und reicheren Klassen niemals entbehren, und endlich bei den gesunden Ammen, der kräftigen Nahrung und der frischen, reinen Luft, welche in diesen Klassen den kleinen Kindern verschafft werden können, und gewöhnlich auch verschafft werden, sind die Ursachen nicht vorhanden, welche eine Blutarmuth bei sonst kräftig geborenen Kindern herbeizuführen im Stande wären.

So viel mir scheint, führen die nordischen Klimate häufiger zu chlorotischen Zuständen bei Kindern als die südlicheren, vermuthlich weil in letzteren die Kinder weit mehr des Genusses der freien Luft theilhaftig werden, in ihr mehr sich selber überlassen sein können, und nicht einer solchen Pflege und des den ärmeren Klassen so schwer werdenden Herbeischaffens von nöthigem Erwärmungsmaterial und von zureichender Bekleidung bedürfen, wie es in unseren Gegenden nöthig ist. Ob und in wie fern die höhere oder die niedere Lage der Wohnungen, die Nähe von Sümpfen, die Beschäftigung der nächsten Umgebung u. s. w. auf die Erzeugung von chlorotischen Zuständen der Kinder Einfluss hat, kann ich nicht bestimmt sagen. Mir ist aber wahrscheinlich, dass diese Umstände einen grossen Einfluss auf Erzeugung der Blutarmuth haben müssen; denn was Sumpfgegenden betrifft, so sehen wir daselbst die chlorotischen Zustände sehr häufig bei Erwachsenen sich einstellen, und ohne Zweifel auch bei Kindern, weil diese unter denselben Einwirkungen leben, aber wohl in Bezug auf Chlorose bisher nicht beachtet worden sind. In Bezug auf Beschäftigung der Umgebung schien es mir, dass ich hier in Berlin besonders bei den Webern die Kinder chlorotisch fand, vermuthlich weil, neben

dem überaus mangelhaften Auskommen und der Dürftigkeit der Wohnung so wie aller Lebensgenüsse dieser Arbeiterklasse, das Zimmer, worin der Weber mit seiner Familie wohnt und schläft, wegen der darin befindlichen Gewebe stets feucht erhalten werden muss und selten gelüftet wird. Indessen kommen auch bei vielen anderen Arbeiterklassen grosser Städte chlorotische Kinder häufig vor, und wir werden bald Gelegenheit haben zu bemerken, dass sie Formen darbieten, welche sich von denen des Kretinismus nicht gar zu sehr unterscheiden.

Die Erscheinungen, welche chlorotische Kinder zeigen, sind nur anscheinend denen der Anämie gleich; bei genauerer Betrachtung unterscheiden sie sich aber wesentlich von ihnen. Der Zustand, den wir *Blutarmuth* oder *Chlorose* zum *Unterschiede* von *Blutmangel* oder *Anämie* genannt haben, ist, wie bereits gesagt, entweder ererbt oder später erlangt; in letzterem Falle bildet er sich langsamer aus als die Anämie. Ein Kind mit angeborener Chlorose ist gewöhnlich klein, kümmerlich genährt, erscheint bleich, fast wachsfarbig, hat ein welkes Fleisch, matte Augen, ist träge, hat blasse Lippen, eine blasse Mundschleimhaut, und ermüdet gleich beim Saugen; es schläft viel, schreit aber oft mit einer schrillend-quiekenden Stimme aus dem Schlafe auf. Es zeigt sehr wenig Lebensenergie, hat oft kleine Zuckungen, namentlich in den Gesichtsmuskeln, und bei der geringsten erschöpfenden Einwirkung, auf Darreichung eines Brechmittels, eines Abführmittels, auf die geringste Blutentziehung u. s. w. sinkt es zusammen und stirbt. Es sind dieses gewöhnlich die Kinder, die man zart und schwächlich nennt, die, obwohl ganz richtig am Ende der Schwangerschaft, ihrem Ansehen nach doch zu früh geboren zu sein scheinen, und die bisweilen ein runzelhaftes, sogenanntes Greisenantlitz zeigen.

Die erlangte Chlorose kleiner Kinder zeigt sich nicht so verschieden von der ererbten. Es kömmt auf das Alter an, in dem sie sich einstellt, und auf die komplizirenden Umstände. Die Kinder werden bleich, bekommen ein sehr welkes Fleisch, einen Ausdruck von Verdrossenheit und Unmuth, werden träge, mager, hinfällig, scheu, und erscheinen wie frühzeitig gealtert. Sie besitzen ebenfalls nur eine geringe Lebensenergie, welche sich durch einen Mangel an Reaktion gegen feindselige Einflüsse kund thut. Werden sie von einer Krankheit befallen, so werden sie fast immer ein Opfer derselben; Scharlach führt bei ihnen zumeist sehr schnell zu wassersüchtigen Ergiessungen, Masern zu Noma, und Pocken zu brandigen Geschwüren, sofern näm-

sten geschwängerte Luft, feuchte Wohnung, Mangel an gehöriger Erwärmung, unzureichende Bekleidung, schlechte Ernährung, Mangel an Ruhe und gehörigem Schlaf, harte Behandlung, sind diejenigen Ursachen, welche mehr oder weniger zusammentreffen, um Chlorose bei sonst kräftig geborenen Kindern zu erzeugen. Bei den wohlhabenden Ständen, so wie bei den Bewohnern kleiner Städte und auf dem Lande kommt die Chlorose kleiner Kinder gar nicht oder nur höchst selten vor. In den höheren Ständen und der reicheren Klasse grosser Städte, wo die üppige, luxuriöse Lebensweise und Aufregung aller Art mehr zu Hause ist, als in den mittleren Ständen, kommen kleine an Chlorose leidende Kinder bisweilen vor, doch mag hier die Chlorose eher eine ererbte, als eine später erlangte sein, da bei den richtigeren Ansichten, die man heut zu Tage über die Pflege kleiner Kinder hat, bei der Aufmerksamkeit Seitens gebildeter Aerzte und Wärterinnen, deren die höheren und reicheren Klassen niemals entbehren, und endlich bei den gesunden Ammen, der kräftigen Nahrung und der frischen, reinen Luft, welche in diesen Klassen den kleinen Kindern verschafft werden können, und gewöhnlich auch verschafft werden, sind die Ursachen nicht vorhanden, welche eine Blutarmuth bei sonst kräftig geborenen Kindern herbeizuführen im Stande wären.

So viel mir scheint, führen die nordischen Klimate *häufiger zu* chlorotischen Zuständen bei Kindern als die südlicheren, vermuthlich weil in letzteren die Kinder weit mehr des Genusses der freien Luft theilhaftig werden, in ihr mehr sich selber überlassen sein können, und nicht einer solchen Pflege und des den ärmeren Klassen so schwer werdenden Herbeischaffens von nöthigem Erwärmungsmaterial und von zureichender Bekleidung bedürfen, wie es in unseren Gegenden nöthig ist. Ob und in wie fern die höhere oder die niedere Lage der Wohnungen, die Nähe von Sümpfen, die Beschäftigung der nächsten Umgebung u. s. w. auf die Erzeugung von chlorotischen Zuständen der Kinder Einfluss hat, kann ich nicht bestimmt sagen. Mir ist aber wahrscheinlich, dass diese Umstände einen grossen Einfluss auf Erzeugung der Blutarmuth haben müssen; denn was Sumpfgegenden betrifft, so sehen wir daselbst die chlorotischen Zustände sehr häufig bei Erwachsenen sich einstellen, und ohne Zweifel auch bei Kindern, weil diese unter denselben Einwirkungen leben, aber wohl in Bezug auf Chlorose bisher nicht beachtet worden sind. In Bezug auf Beschäftigung der Umgebung schien es mir, dass ich hier in Berlin besonders bei den Webern die Kinder chlorotisch fand, vermuthlich weil, neben

dem überaus mangelhaften Auskommen und der Dürftigkeit der Wohnung so wie aller Lebensgenüsse dieser Arbeiterklasse, das Zimmer, worin der Weber mit seiner Familie wohnt und schläft, wegen der darin befindlichen Gewebe stets feucht erhalten werden muss und selten gelüftet wird. Indessen kommen auch bei vielen anderen Arbeiterklassen grosser Städte chlorotische Kinder häufig vor, und wir werden bald Gelegenheit haben zu bemerken, dass sie Formen darbieten, welche sich von denen des Kretinismus nicht gar zu sehr unterscheiden.

Die Erscheinungen, welche chlorotische Kinder zeigen, sind nur anscheinend denen der Anämie gleich; bei genauerer Betrachtung unterscheiden sie sich aber wesentlich von ihnen. Der Zustand, den wir *Blutarmuth* oder *Chlorose* zum *Unterschiede* von *Blutmangel* oder *Anämie* genannt haben, ist, wie bereits gesagt, entweder ererbt oder später erlangt; in letzterem Falle bildet er sich langsamer aus als die Anämie. Ein Kind mit angeborener Chlorose ist gewöhnlich klein, kümmerlich genährt, erscheint bleich, fast wachsfarbig, hat ein welkes Fleisch, matte Augen, ist träge, hat blasse Lippen, eine blasse Mundschleimhaut, und ermüdet gleich beim Saugen; es schläft viel, schreit aber oft mit einer schrillend-quiekenden Stimme aus dem Schlafe auf. Es zeigt sehr wenig Lebensenergie, hat oft kleine Zuckungen, namentlich in den Gesichtsmuskeln, und bei der geringsten erschöpfenden Einwirkung, auf Darreichung eines Brechmittels, eines Abführmittels, auf die geringste Blutentziehung u. s. w. sinkt es zusammen und stirbt. Es sind dieses gewöhnlich die Kinder, die man zart und schwächlich nennt, die, obwohl ganz richtig am Ende der Schwangerschaft, ihrem Ansehen nach doch zu früh geboren zu sein scheinen, und die bisweilen ein runzelhaftes, sogenanntes Greisenantlitz zeigen.

Die erlangte Chlorose kleiner Kinder zeigt sich nicht so verschieden von der ererbten. Es kömmt auf das Alter an, in dem sie sich einstellt, und auf die komplizirenden Umstände. Die Kinder werden bleich, bekommen ein sehr welkes Fleisch, einen Ausdruck von Verdrossenheit und Unmuth, werden träge, mager, hinfällig, scheu, und erscheinen wie frühzeitig gealtert. Sie besitzen ebenfalls nur eine geringe Lebensenergie, welche sich durch einen Mangel an Reaktion gegen feindselige Einflüsse kund thut. Werden sie von einer Krankheit befallen, so werden sie fast immer ein Opfer derselben; Scharlach führt bei ihnen zumeist sehr schnell zu wassersüchtigen Ergiessungen, Masern zu Noma, und Pocken zu brandigen Geschwüren, sofern näm-

lich die Kinder der allerersten Entwickelung dieser Krankheit widerstehen. Entzündungen treten bei diesen Kindern selten kräftig und scharf markirt auf; sie sind bei ihnen meist schleichend, heimtükkisch, und führen gewöhnlich zu lethaler Ergiessung oder Eiterung. Der antiphlogistische Apparat wird von solchen Kindern in seiner vollen Anwendung nicht ertragen, sie fallen ihm zum Opfer, wenn der Arzt, ohne an die chlorotische Beschaffenheit des Kindes zu denken, nur die Krankheit im Auge hat, und sich des antiphlogistischen Apparats mit rücksichtsloser Gewalt bedient. Auf Blutentziehungen fallen diese Kinder sehr bald zusammen, und die Merkurialien, namentlich das in der Kinderpraxis so häufig gemissbrauchte Kalomel, gereichen ihnen meist zum Unheil.

Was die Komplikationen der chlorotischen Zustände kleiner Kinder betrifft, so bemerken wir hier in Berlin besonders Indigestionen und Skropheln. Bisweilen gelingt es den Kindern, entweder in Folge von Geschenken mildthätiger Personen, oder in Folge eines kleinen eigenen Verdienstes oder eines ungewöhnlichen Erwerbes Seitens der Eltern, einer grösseren Menge Nahrungsmittel habhaft zu werden, als gewöhnlich, und sie stopfen dann im Uebermaass diese Nahrungsmittel in sich hinein, blos um den ihnen zugekommenen Glückszufall in möglichst grossem Maasse zu benutzen. Es treten dann Indigestionen ein, die mit der chlorotischen Grundlage sehr üble Komplikationen darbieten, und gar nicht selten zu gastrisch remittirenden Fiebern und Unterleibsentzündungen mit tödtlichem Ausgange führen. Bisweilen auch haben die Kinder, was Quantität betrifft, Nahrung genug, aber nicht was Qualität betrifft; die Nahrung ist grob, wenig verdaulich, meist vegetabilisch, selten oder nie animalisch, und füllt zwar den Bauch, wie man zu sagen pflegt, voll, aber giebt wenig Mittel zur Blutbereitung her. Es verbindet sich dann mit der Chlorose ein aufgetriebener hoher Leib, ein Leiden des Lymphsystems und der Drüsen, und Störungen der Darmfunktion, Hartleibigkeit wechselnd mit Diarrhoe, und es bildet sich endlich das aus, was man *Febris meseraica* oder Mesenterialabzehrung genannt hat, wodurch so viele Kinder der niederen Klassen dahingerafft werden. Wirken, ausser den genannten Umständen, Vernachlässigung, Einsamkeit, harte Behandlung noch auf das Gemüth des Kindes, so sinkt dasselbe auch geistig fast bis zum Blödsinn herab, und es zeigt sich dann eine Form, die man den Kretinismus grosser Städte nennen möchte. Ich habe Gelegenheit gehabt, in der ärmsten und dürftigsten Klasse Kinder zu sehen, denen

ar noch der Kropf fehlte, um sie für Kretins aus den Alpen gelten
u lassen: Kinder, klein für ihr Alter, mit sehr dicken, aufgetriebenen
Bäuchen, dünnen mageren Armen und dünnen mageren Beinen, auf
denen sie kaum wie die Enten watscheln konnten; dabei der Ausdruck
grösster Stupidität in den stieren glasigen Augen und dem hängenden,
runzelvollen, fast greisenhaften Antlitze. Solche Kinder muss man
sitzen sehen stundenlang in dem Eingange der Kellerwohnungen, oder
in den dürftigen Lokalen selber, ohne dass sie spielen, ohne dass
sie munter sich regen, wie es ihr Alter bei anderen Kindern erheischt,
ohne dass sie etwas Anderes thun, als blöde vor sich hinzustarren und
nur zu stöhnen und zu schreien, wenn sie sich verunreinigt haben,
oder wenn sie nach Nahrung verlangen, — man muss solche Kinder
schauen, und man wird dann das *Recht haben*, *zu sagen*, es giebt
auch *Kretins* in grossen Städten, die sich nicht besonders von
denen der Alpen unterscheiden.

Zum Schlusse dieses Aufsatzes brauche ich wohl nicht hinzuzufügen, was gegen diese chlorotischen Zustände zu thun sei. Jeder Arzt wird, wenn er ihr Wesen richtig aufgefasst hat, sehr bald von selber die Mittel ausfindig machen, deren er sich bedienen muss. Die Entfernung des Kindes aus den noch fortwirkenden üblen Einflüssen ist *eine der* ersten Indikationen, und so wie in neuerer Zeit die Kretinen aus den tiefen Alpenthälern auf den Abendberg versetzt worden sind, so müssten die erbärmlichen chlorotischen Kinder der niederen Klassen grosser Städte sogleich in frische Landluft versetzt werden. Für gute hinreichende Bekleidung, nöthige äussere Wärme, Reinlichkeit, Ruhe, Erziehung u. s. w. muss natürlich mitgesorgt werden. Die zweite Indikation ist offenbar die Berücksichtigung der Komplikationen, bestehend in vorsichtiger Beseitigung der Indigestionen, der Infarkten, der Drüsenanschwellungen u. s. w., und die dritte Indikation, die nach Umständen mit der ersten und zweiten gleichzeitig eintreten kann, ist die Darreichung solcher Nahrung und die Anwendung solcher Arzneistoffe, die die Blutbereitung fördern und ein kräftigeres, reicheres Blut erzielen. Thierische Nahrung, Brühen, Fleisch, Leberthran, Eisen u. s. w. spielen hier eine Hauptrolle. Dabei Sorge für gute Bekleidung, entsprechende Temperatur, Reinlichkeit und Geistespflege.

Vom *Erysipelas serpens* der Kinder mit Verhärtung des Zellgewebes, von Dr. Helfft, prakt. Arzte in Berlin.

Die folgenden beiden Fälle von *Erysipelas serpens*, die ich im Jahre 1844 zu beobachten Gelegenheit hatte, haben mich veranlasst, über diese eigenthümliche Affektion, die so leicht zu Irrthümern in der Diagnose führt, und deren in den Lehrbüchern über Kinderkrankheiten nur obenhin Erwähnung geschieht, etwas Ausführlicheres mitzutheilen.

Erster Fall.

Bei einem Kinde von 10 Wochen, das bisher vollkommen gesund gewesen war, stellte sich ohne vorangegangene Ursache eine zirkumskripte Röthe an den Füssen ein, die sich von hier aus allmälig bis zum Unterleibe ausbreitete, und an den Stellen, die sie befallen hatte, eine Verhärtung des Zellgewebes zurückliess. — Als ich das Kind zum ersten Male sah, waren auch die oberen Extremitäten und die Wangen geröthet und fühlten sich hart wie Stein an; die Haut war glänzend, gespannt, ihre Temperatur erhöht, und beim Fingerdrucke blieb keine Grube zurück; der Mund konnte nur mit Mühe geöffnet werden, daher war auch das Saugen sehr erschwert. Das Geschrei des Kindes glich mehr einem Wimmern. An den unteren Extremitäten war die Haut von hellerer, gelblichrother Farbe und normaler Temperatur. Zugleich fand Husten statt, die Respiration war beschleunigt, erschwert. Durchfall grüner Massen. Dieser Zustand dauerte mehrere Tage fort, indem auch die Haut des Gesichts, der oberen Extremitäten, am Bauche jene gelbliche Färbung annahm, sich aber nie kalt anfühlte.

Es wurden wiederholt Emetika gereicht, jedoch ohne Erfolg; die Brusterscheinungen steigerten sich, die Dyspnoe wurde immer stärker, und das Kind starb suffokatorisch. Leider ward die Sektion nicht bewilligt.

Zweiter Fall.

Marie B., 14 Wochen alt, ein wohlgenährtes Kind, von gesundem Aussehen, ward am 7. Oktober von einer Anschwellung des Halses mit Röthe der Haut befallen. Dieselbe breitete sich nach Aussage der Mutter von dort über den Rumpf nach den unteren Extremitäten aus, während sie an den früher ergriffenen Stellen nachliess.

Als ich das Kind am 12. Oktober sah, fand ich die unteren Extremitäten und die grossen Schaamlippen wie ödematös angeschwollen, die Haut glatt, glänzend, von dunkeler Röthe, besonders an den Fusssohlen und Zehen. Die Röthe verschwand beim Fingerdruck, stellte sich aber sogleich wieder ein; derselbe liess in den harten, sich brettähnlich anfühlenden Theilen keinen Eindruck zurück. Die anderen Parthieen des Körpers, wo die Röthe und Geschwulst früher vorhanden war, boten ebenfalls noch eine gewisse Härte dar, waren aber nicht mehr geröthet, nur die Handrücken waren dunkelroth, sehr geschwollen und steinhart. Die Temperatur an den gerötheten Stellen war erhöht und die Berührung schien schmerzhaft zu sein. Das Allgemeinbefinden des Kindes ist nicht gestört; es nimmt die Brust, *schläft ruhig*; seit gestern hat sich *Durchfall* von *grünen Massen eingestellt*; *Urin etwas dunkel* geröthet; Stimme belegt.

Es wurde eine Mixtur mit *Spir. Mindereri* ℨij und *Liq. C. C. succinic.* gutt. xij (auf ℥iij) verordnet.

Am 14ten hatte sich eine erysipelatöse, unter dem Fingerdrucke verschwindende Röthe auf der Brust gebildet. Die dunkelrothe Färbung an den unteren Extremitäten hatte abgenommen, doch waren Geschwulst und Härte noch unverändert. An den Oberschenkeln und Schaamlippen desquamirte die Epidermis. Der Durchfall hatte nachgelassen, und bot sonst das Allgemeinbefinden des Kindes nichts Beunruhigendes dar.

Am 15ten hatte sich die Röthe von der Brust auf den Unterleib ausgedehnt; wo sie aber verschwunden, ist keine Verhärtung zurückgeblieben. Die Geschwulst am rechten Schenkel ist gefallen und die Röthe unbedeutend, hingegen sind der linke und beide Füsse noch stark geschwollen und dunkel violettroth. Die Abschuppung dauert fort. Das Kind ist sehr unruhig, trinkt viel; Stuhlgang regelmässig.

Am 16ten hatte sich die Röthe auf den oberen Theil der Brust ausgebreitet und auch den rechten Arm befallen. Am Unterleibe ist sie verschwunden, ohne Verhärtung zurückzulassen. Die Anschwellung an den Schenkeln fällt immer mehr, ist aber auf den beiden Fussrücken noch sehr bedeutend.

Am 18ten zeigten sich die grossen Schaamlippen von Neuem ergriffen, stark angeschwollen und geröthet; von der Brust hat sich die Röthe nach dem Halse hinaufgezogen, der ebenfalls stark angeschwollen ist; das Kind schreit viel, ist heiser; Berührung der Theile schmerzhaft.

Es ward ein Emetikum gereicht, das mehrere Male Erbrech bewirkte.

Am 20sten fand ich die Anschwellung und Härte an den un ren Extremitäten bedeutend geringer, doch die Schaamlippen noch se geschwollen, steinhart und roth; eben so die linke Seite des Halses.

Die obige Mixtur ward wiederum gereicht.

Am 23sten hatte sich die Verhärtung an den unteren Extremi ten ganz verloren und die Geschwulst und Härte der Schaamlippe abgenommen; doch war die rechte Hand wieder mehr aufgetrieb und von dunklerer Röthe. Auch auf der linken Seite des Halses hatte die Geschwulst zugenommen, und die Haut war livide gefärbt; man fühlte deutliche Fluktuation. — Es wurden Kataplasmata über diese Stelle gemacht.

Am 24sten öffnete ich den Abszess am Halse, aus dem sich eine bedeutende Menge guten Eiters entleerte. Die Geschwulst und Härte der Schaamlippen war fast ganz verschwunden; eben so nimmt die a der rechten Hand ab. Mit den Kataplasmaten wurde fortgefahren, da das Zellgewebe in der Umgegend des Abszesses in weiter Ausdehnung verhärtet war.

Am 26sten war jede Spur von Geschwulst, Röthe und Verhärtung, mit Ausnahme des Zellgewebes am Halse, verschwunden; das Kind munter; alle Funktionen gingen normal von Statten. Die indurirte Stelle am Halse ward mit einem *Emplastr. Diachyl. composit.* bedeckt.

In den ersten Monaten des Lebens werden Kinder öfters von dieser eigenthümlichen Form des Erysipelas befallen, die jedoch keineswegs, wie viele Aerzte geglaubt haben, auf dieses Lebensalter allein beschränkt ist, sondern zu allen Zeiten beobachtet wird. Es ist hier nicht nur die Kutis affizirt, sondern auch das unter ihr gelegene Zellgewebe. Wegen des allmäligen Fortkriechens der Krankheit von einer Stelle des Körpers zur anderen, scheint mir der Name ***Erysipelas serpens*** viel bezeichnender zu sein als der bisher gebrauchte: ***Erysipelas neonatorum.*** Die Entzündung des Zellgewebes geht entweder in Verhärtung über, die sich schon in den ersten Tagen kund giebt, oder nimmt den Ausgang in Eiterung oder Brandbildung; doch kommen nicht selten Fälle vor, wo man diese verschiedenen Prozesse an einem und demselben Individuum beobachtet. In den medizinischen Zeitschriften werden dergleichen Beobachtungen mitgetheilt, wo sich

ntweder zu gleicher Zeit eine grosse Anzahl von Abszessen im Unterhautzellgewebe bildeten, oder einzelne Stellen in Brand, andere in Eiterung übergingen. So scheint der von Heymann in diesem Journal [1]) mitgetheilte Fall von Zellgewebsentzündung, die den Ausgang in Brand nahm, hierher gerechnet werden zu müssen. Tanquerel des Planches [2]) sah auf diese Weise bei einem vierjährigen an *Erysipelas serpens* leidenden Kinde 19 kleine Abszesse nach einander auftreten, so dass die Krankheit 3 — 4 Wochen sich hinzog und zu einer tonisirenden Behandlung geschritten werden musste.

Wird man frühzeitig zu den Kranken gerufen, so findet man die Haut allein affizirt, obwohl dieselbe dunkler geröthet und die Geschwulst beträchtlicher ist, als in der einfachen Hautrose; die Röthe verschwindet beim Fingerdruck, und derselbe lässt noch eine leichte Impression zurück, die sich aber schnell wieder ausgleicht; bald aber nimmt die Geschwulst immer mehr zu und wird so hart wie Stein; die Haut ist glänzend, heiss und schmerzhaft bei der Berührung; die Kinder fiebern stark, sind sehr unruhig, und ihre Digestion ist gestört. Gewöhnlich geht die Affektion bei ganz kleinen Kindern von den Geschlechtstheilen oder der Nabelgegend aus, und verbreitet sich von dort nach oben und unten über den Rumpf, die Extremitäten und das Gesicht; bei älteren hat man sie aber auch an den Füssen und im Gesicht beginnen und einen auf- und abwärtssteigenden Gang nehmen sehen. Nicht selten werden einzelne Theile zwei oder mehrere Male ergriffen, so dass sich die Krankheit dann Wochen lang hinzieht.

Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass diese Varietät nur eine bösartige Form der einfachen exanthematischen Rose ist, und der sogenannten *Phlegmone diffusa,* wie Dupuytren die Krankheit nennt, oder dem *Erysipelas phlegmonodes* der Erwachsenen gleicht, nur dass hier gewöhnlicher der Ausgang in Eiterung und Brandbildung eintritt. Dafür spricht sowohl das gleichzeitige Vorkommen des einfachen Erysipelas und der hier in Rede stehenden Form bei demselben Individuum, wie es in der obigen zweiten Krankengeschichte der Fall war, als auch der Uebergang der indurirten Theile in Suppuration und Gangrän. So wie bei Erwachsenen aber nicht nur das subkutane Zellgewebe an der Entzündung Theil nimmt, sondern auch das

---

1) Band III, Heft 3.

2) *De la terminaison de l'erysipèle ambulant, par des abscès multiples disséminés.* Im *Journ. de Médec. par Beau.* Sept. 1844.

tiefer zwischen den Muskeln und Gefässen liegende oft ergriffen wird so fehlt es auch bei Kindern nicht an Beispielen der Art.

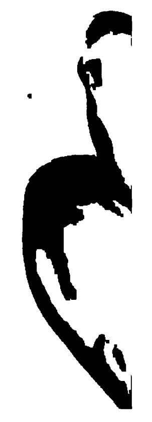
Schon Oesterlen [1]) war der Ansicht, dass diese Krankheit der höchste Grad der oberflächlichen rosenartigen Hautentzündung sei, der sich unter begünstigenden konstitutionellen epidemischen und endemischen Einflüssen ausbilde; er scheint mir aber zu weit zu gehen, wenn er behauptet, dass fast bei allen neugeborenen Kindern eine rothlaufartige Entzündung der Haut vorkomme, die nur der Beobachtung entgehe, weil sie so selten fehle. Er hält nämlich die hochrothe Farbe, die gleich nach der Geburt in blosser Folge des plötzlichen Temperaturwechsels, der Einwirkung der Luft u. s. w. oder einige Stunden und Tage später in Folge des von der Haut durch gewaltsamen Abwaschens der *Vernix caseosa*, durch Erkältung beim Baden und Waschen hervorgebrachten Reizzustandes eintritt, für krankhaft. „Die Ausdehnung und Abstufung des erysipelatösen Entzündungszustandes", fügt er weiter hinzu, „hängt von der stärkeren oder schwächeren Organisation der Haut, von der Quantität und Qualität des Hautschleimes, von der kälteren oder wärmeren Temperatur, von der reineren oder unreineren Beschaffenheit der Luft, von der mehr oder weniger sorgfältigen Behandlung der Kinder nach der Geburt ab. Bei *Kindern*, deren Haut derb ist, kömmt dieser Entzündungszustand nicht *vor*, *hingegen* bei denen, die mit blonden Haaren, mit einer sehr zarten empfindlichen Haut geboren werden, daher besonders bei solchen, die ihre völlige Reife noch nicht erlangt haben, die mit wenigem oder gar keinem Schleimüberzuge zur Welt kommen, tritt sie sogleich nach der Geburt auf." Wenngleich Oesterlen oft normale Zustände für krankhafte angesehen haben mag, so ist nicht zu läugnen, dass dieses einfache Erysipelas gar nicht selten ist. Oft wird auch hier die ganze Oberfläche der Haut nach und nach befallen, zuweilen bleibt jedoch die Affektion auf einzelne Stellen beschränkt; in gelinderem Grade ist die Farbe hellroth, in heftigerem dunkelroth, ins Gelbliche spielend, die Haut ist heiss, glänzend, wird beim Fingerdrucke gelblich-weiss; doch stellt sich die Röthe schnell wieder her, wenn man mit dem Drucke nachlässt; sie endet mit Desquamation der Epidermis. Heyfelder beobachtete diese mildere Form in den Pariser Hospitälern sehr häufig; die Röthe wechselte nach 24 bis 48 Stunden ihre Stelle und breitete sich nach und nach über die ganze

1) Heidelberger klinische Annalen. Band VII. 1831.

Körperoberfläche aus. Auch Billard [1]) bemerkt, dass Kinder sehr häufig von diesem Erysipelas befallen werden; und sucht dies von einer bei allen Neugeborenen stattfindenden Kongestion und Blutüberfüllung des subkutanen Zellgewebes herzuleiten. Im Jahre 1826 kamen ihm im *Hôpital des enfans trouvés* 30 Fälle dieser Art vor.

Diese gelinderen Grade haben sehr selten den Tod zur Folge und enden gewöhnlich mit Abschuppung der Epidermis, die höheren hingegen, wo zugleich das Zellgewebe mitleidet, das entweder in Verhärtung, Vereiterung oder brandige Zerstörung übergeht, nehmen fast immer, zumal wenn ein grosser Theil der Körperoberfläche ergriffen ist, einen unglücklichen Ausgang. Jedoch sind Fälle bekannt, wo das Leiden eine grosse Ausdehnung erreicht hatte, an mehreren Stellen Eiterung oder Brandbildung eingetreten war, und dennoch Heilung erfolgte. In Siebold's Journal [2]) wird ein Fall mitgetheilt, wo bei einem ganz jungen Kinde Brand des Skrotums sich einstellte, dasselbe verloren ging und dennoch das Leben erhalten wurde.

Der tödtliche Ausgang hängt aber hauptsächlich von dem gleichzeitigen Ergriffensein innerer Organe ab, die eben so wie bei Erwachsenen während des *Erysipelas phlegmonodes* nicht selten mitleiden; gewöhnlich findet man in die Höhlen des Körpers eine trübe seröse oder serös-purulente Flüssigkeit ergossen. Underwood [3]) fand bei zwei Kindern, die am Erysipelas gestorben waren, Entzündung des Magens und Darmkanals mit beträchtlichem Erguss in die Bauchhöhle; Horn [4]) fand bei einem Kinde eine bedeutende dünnflüssige, mit Eiterflocken vermischte Flüssigkeit in der linken Brusthöhle. In der Bauchhöhle war eine dicklich gelbe, fast eiterartige Masse mit gelblichen Flocken vermischt angesammelt. Die Oberfläche der Darmschlingen, Leber und des Magens waren mit einer dünnen Pseudomembran bedeckt, wie in der *Peritonitis puerperalis;* bei einem anderen Kinde war Entzündung des Herzens, Herzbeutels und der Pleura mit bedeutender Ausschwitzung von Lymphe vorhanden; in einem dritten Falle waren die Ventrikel des grossen Gehirns mit einer beträchtlichen Menge einer dicken, durchaus purulenten Flüssigkeit angefüllt; auf der *Basis cranii* und unter dem kleinen Gehirn fand sich ein ähnliches Fluidum;



1) *Traité des maladies des enfans nouveaux-nés et à la mamelle. pag.* 118.

2) Siebold's Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten. Band IV, S. 377.

3) *On diseases of children. Vol. I.*

4) Horn's Archiv für prakt. Medizin 1810.

in der Bauchhöhle nichts Abnormes. Osiander sah einmal alle [Ein-]
geweide der Brust- und Unterleibshöhle entzündet und brandig. D[ie]
Sektionsresultate erklären uns die nicht seltenen während des Le[bens]
beobachteten Symptome eines Leidens der Lungen oder Digestion[s-Or-]
gane. — Wo der Tod nicht eintritt, wird die zurückbleibende Ver[här-]
tung nach mehreren Wochen zwar beseitigt, die Kinder sterben [d]a[nn]
aber gewöhnlich an Atrophie und Entkräftung.

Bei der Verhärtung zeigt sich die Haut verdickt und derb, e[ben]
so das Zellgewebe, das beim Einschneiden einen kreischenden Ton v[on]
sich giebt; letzteres ist entweder mit einer gallertartigen oder wässerig[en]
lymphatischen, zuweilen mehr purulenten Flüssigkeit infiltrirt. Das
Fett unter der Haut ist fest, körnig, und in den Zellen ebenfalls eine
wässerige Flüssigkeit angesammelt. Im Zellgewebe zwischen den Mus-
keln befindet sich zuweilen dieselbe lymphatische Flüssigkeit.

Ueber die Entstehungsweise der Krankheit herrschen sehr ve[r-]
schiedene Ansichten. Zu den Gelegenheitsursachen rechnet man ge-
wöhnlich den Aufenthalt der Kinder in einer feuchten, kalten, verd[or-]
benen Luft, den Mangel der Reinlichkeit oder die mechanische Reizu[ng]
der Haut bei Entfernung des sie überziehenden Schleims; ferner u[n-]
zweckmässige Nahrung, schlechte Ammenmilch. Dennoch ist es auf-
fallend, dass die Krankheit im Allgemeinen ungleich seltener beob-
achtet wird, da doch die bedingenden Momente so häufig, zumal unter
den niederen Ständen, vorkommen. Es muss also noch ein besonde-
rer Umstand zu ihrer Erzeugung beitragen, und dieser scheint mir in
einer besonderen Konstitution der Luft zu liegen. Von vielen Aerzten
ist nämlich die Beobachtung gemacht worden, dass zu manchen Zeiten
und in manchen Jahren viel mehr Kinder von der Rose befallen wer-
den, und diese selbst epidemisch verbreitet ist, zumal wenn Puerperal-
fieber herrschen. Martin [1]) beschreibt eine Epidemie der Rose, woran
zu Lyon viele Kinder starben. So bemerkte Horn [2]), dass im Jahre
1809 in der Entbindungsanstalt der hiesigen Charité 17 Kinder daran
ergriffen wurden, während in den früheren Jahren kein einziger Fall
vorgekommen war. Osiander [3]) und Lee [4]) fanden, dass zur Zeit
der epidemischen Kindbettfieber viele Kinder am Erysipelas litten.
Dr. Sidey erzählt einen Fall, wo das kräftige, vollkommen gesunde

1) *Compte rendu des travaux de la société de Méd. de Lyon.* 1816.
2) *l. c.*
3) *Parr's Medical Dictionary.* Art. *Puerperal-fever.*
4) *Cycoplaedia of practical medicine.* Art. *Puerperal-fever.*

Kind einer Frau, die am Puerperalfieber starb, am achten Tage nach der Geburt von erysipelatöser Entzündung der Bauchdecken befallen wurde, die sich nach und nach über die ganze obere Körperhälfte verbreitete. Der Penis und Hodensack wurden brandig, und das Kind starb bald darauf. [1]) Eben derselbe berichtet, dass eine Frau, die viel um einen an erysipelatöser Entzündung des Kniegelenks leidenden Kranken beschäftigt war, darauf ein neugeborenes Kind wartete. Zwei Tage später wurde dasselbe vom Erysipelas der Bauchdecken befallen, woran es starb. Am dritten Tage nach dem Tode stellte sich bei der Mutter das Kindbettfieber ein, und sie erlag demselben. [2]) Trousseau ist ebenfalls der Meinung, dass Epidemieen von *Febris puerperalis* die gewöhnliche prädisponirende Ursache des Erysipelas bei Neugeborenen abgeben; es sei jedoch immer zugleich eine Verletzung vorausgegangen. So entstehe die Rose in der Nabelgegend oft durch die Entzündung, welche bei Abstossung des Nabelstranges stattfinde, indem durch den epidemischen Einfluss diese ungewöhnlich gesteigert und eine Tendenz zum Uebergange in Eiterung hervorgerufen werde. Die Entzündung geht dann auch auf die Nabelvene und das dieselbe umgebende Peritonäum über, und gebe so zu der oft vorhandenen allgemeinen Peritonitis Anlass. [3])

Dass die Kälte nicht als schädliche Potenz beschuldigt werden kann, wie Jos. Frank annimmt, geht daraus hervor, dass zu allen Zeiten des Jahres und selbst in heissen Sommermonaten Fälle der Art beobachtet worden sind. Unter den von Horn beobachteten Kindern erkrankten 3 im Mai, 4 im Juni, 3 im November; die zwei Fälle, die geheilt wurden, waren im Juni und Juli vorgekommen.

Man hat auch die Beobachtung gemacht, dass Kinder mit Erysipelas geboren wurden, und hiervon theilt Bromfield einen Fall mit, der in der Londoner Entbindungsanstalt vorkam, mit. Das Gesicht des Kindes war angeschwollen und entzündet, besonders die linke Seite, die ganz das Aussehen des wahren Erysipelas hatte. Die Schenkel, Füsse und die linke Hand waren ebenfalls geschwollen und entzündet; auf der vorderen Fläche beider Schienbeine zeigte sich ein schwarzbraunes und livides Geschwür von länglicher Form, welches am linken Unterschenkel fast zwei Drittheile seiner Länge einnahm und einen

1) *Medical and Surgical Journal. Vol. XLI. p.* 91.
2) *l. c. p.* 96.
3) *Sur l'erysipèle des enfans à la mamelle* in der *Expérience.* Januar 1844.

Zoll im Durchmesser hatte, am rechten aber nicht so gross war. Di Zehenspitzen waren kalt und mit schwärzlichen Exkoriationen bedeckt. Durch örtliche reizende Fomentationen und den innerlichen Gebrauc der China ward das Kind vollständig geheilt.[1]) Auch Girtanner will mehrere ähnliche Fälle gesehen haben.

Der Ausgang in Verhärtung, den die Krankheit so oft nimmt hat viele Aerzte verleitet sie mit jener eigenthümlichen Affektion, die Sklerose, *Induratio telae cellulosae*, genannt wird, zu verwechseln oder beide unter demselben Namen Verhärtung des Zellgewebes zu begreifen. Einige, wie Osiander, Hufeland, Richter, behaupten, die Rose sei eine blosse Varietät der Zellgewebsverhärtung, oder letztere die chronische Form derselben; aber mit Recht sondert Schwebel[2]) in seiner vortrefflichen Abhandlung beide Krankheiten, denn ihre Symptomatologie ist eine so verschiedene, dass es nur der oberflächlichen Beobachtung der Aerzte zuzuschreiben ist, wenn beide bisher zusammengeworfen worden. In Frankreich werden beide Affektionen unter dem Namen *Induration* oder *Oedème du tissu cellulaire* abgehandelt, obwohl manche Beobachter ausdrücklich anführen dass zuweilen die Haut geröthet sei, die Röthe sich allmälig über die ganze Körperoberfläche ausbreite, zuweilen Eiterung eintrete und auch Brandbildung nicht ungewöhnlich sei. Es ist daher ein grosser Missgriff, wenn Chowne[3]) in einer Vorlesung über Verhärtung des Zellgewebes zwei Arten derselben unterscheidet, und zu der ersteren diejenigen Fälle rechnet, wo die Induration ohne Anschwellung, erysipelatöse Röthe und bläuliche oder purpurrothe Färbung der Haut vorkömmt; zu der zweiten hingegen jene zählt, wo zugleich Anschwellung und Erysipelas vorhanden ist.

Ausser dass die eigentliche Zellgewebsverhärtung bei uns eine sehr seltene Krankheit ist, während sie in Frankreich häufig beobachtet wird, unterscheidet sie sich besonders dadurch von der Rose, dass sie nur in den ersten Tagen nach der Geburt eintritt. Wenn einige Aerzte sie mehrere Monate nach der Geburt und Henke sogar bei einem zwanzigjährigen Mädchen angetroffen haben will, so glaube ich sicherlich, dass hier eine Verwechselung mit dem Erysipelas stattgefunden hat. Heyfelder hat die Krankheit in Paris stets in den ersten fünf

---

1) *Bromfield: Medical communications. Vol. II. p. 22.*
2) *Essai sur l'erysipèle des nouveaux-nés. Dissert. Strasbourg* 1835.
3) *The Lancet* 1842. September.

Tagen nach der Geburt auftreten sehen, und unter den 240 von **Billard** behandelten Kindern befand sich keines, welches über 8 Tage alt war. Die Haut hat hier von Anfang an eine blasse, weissliche oder gelbliche Färbung, und wenn sie sich auch im Beginn der Krankheit röthet, so verschwindet diese Röthe bald wieder. Die verhärteten Stellen gehen nie in Eiterung oder Brand über, auch kommen diese beiden Prozesse nie mit der Verhärtung zugleich vor. Gewöhnlich beginnt die Affektion an den Extremitäten, Wangen oder Geschlechtstheilen, wo das Zellgewebe am stärksten ist. Was aber charakteristisch ist, ist die Kälte und Schmerzlosigkeit der Haut, während sie sich beim Erysipelas heiss anfühlt und jede Berührung Schmerz hervorruft. Sogar in der Mundhöhle hat man eine Abnahme der Temperatur wahrgenommen, indem das Thermometer beim höchsten Grade der Krankheit auf 21° R. herabsank. Ein fieberhafter Zustand findet niemals statt.

Rokitansky[1]) hält die Sklerose für einen eigenthümlichen Entzündungsprozess des Zellgewebes, den er nur bei Neugeborenen beobachtet hat. „Es erscheint hierbei", sagt er, „das subkutane Zell- und Fettgewebe unter einer angespannten, brettähnlich resistirenden, glänzenden, blassen oder gelbröthlichen allgemeinen Decke am Rumpfe, besonders dem ganzen unteren Bauchabschnitte, an den Oberschenkeln, Wangen, von einer gelblichen klebrigen Serosität infiltrirt, das Fett zu einer gelb- oder braunröthlichen härtlichen körnigen Masse verdichtet. Alle die vielen Theorieen über das Wesen und den ursächlichen Zusammenhang der Zellgewebsverhärtung mit Störungen innerer Organe weisen sich täglich als unwahr aus." Die Krankheiten der Leber, Lungen, die Reizung des Magens und Darmkanals, das Offenbleiben des *Ductus Botalli, Foramen ovale,* selbst den häufig damit verbundenen Ikterus, hält er nur für zufällige Komplikationen, und die Affektion beruht nach ihm auf einer von allen diesen Zuständen unabhängigen Störung der Hautfunktion.

Ich kann nicht umhin, hier zwei merkwürdige Fälle von Sklerose des Zellgewebes mitzutheilen, die bei Erwachsenen vorgekommen sind, und den Symptomen zufolge nach meinem Dafürhalten hierher gerechnet werden müssen. Sie sind die einzigen, deren ich, soweit mir die Literatur zu Gebote stand, erwähnt gefunden habe. Der eine von Dr. **Chowne** in der *Lancet* bekannt gemachte betrifft ein Mädchen

1) Handbuch der pathologischen Anatomie. Band II. p. 7.

von 11 Jahren. Sie kam im Mai 1842 in die Behandlung **Chowne's.** Ihre Mutter hatte im verflossenen Winter eine Steifigkeit und Härte der Muskeln bemerkt, und schrieb dies der kalten Witterung zu. Sie litt fortwährend an Frost, was bis zum Eintritt des warmen Wetters fortdauerte. Ehe sie ins Hospital kam, pflegte sie an schmerzhaften krampfhaften Kontraktionen der Finger zu leiden.

Bei ihrer Aufnahme glich ihr Gang ganz dem einer alten Frau; der Kopf war etwas nach vorn geneigt; die Schultern hinaufgezogen, die Arme halb flektirt; das Gehen ungeschickt und schwankend. Sie war für ihr Alter ungewöhnlich gross und mit Ausnahme des Gesichts mager; die Wangen waren angeschwollen, besonders die rechte, und die Haut bleich; die Lippen waren blasser als die Wangen; eben so die Konjunktiva sehr blass. Die Haut war an einigen Stellen ohne Tonus, lappig, an anderen glatt, glänzend, so besonders an der Stirn, an den Handgelenken und auf dem Rücken der Hände und Füsse. Strich man mit der Hand über die Stirn, so fühlte sich die Haut nur straff über den Knochen ausgespannt an, und als wenn sie entweder an und für sich ungewöhnlich dünn oder die Gewebe unter ihr atrophisch und sie mit dem Periosteum verwachsen wäre. Sie konnte nicht mit der gewöhnlichen Leichtigkeit in Falten aufgehoben werden, und dies war nur möglich, wenn man den darunter liegenden *M. occipitalis* oder *frontalis* mitfasste. Die Augenlider waren nicht verändert und leicht bewegbar; die Wangen hingegen sehr hart, fast so wie bei eben verstorbenen Individuen, sie fühlten sich wie Wachs an; besonders war die rechte stark angeschwollen; ihre innere Fläche fühlte sich dagegen nicht hart an, und an der Schleimhaut konnte man durch das Gefühl nichts Abnormes wahrnehmen.

Die Haut am Halse und oberen Theile der Brust war nur in geringem Maasse ergriffen; hingegen die Arme und Hände bedeutend affizirt; sie waren noch viel härter als die Wangen, doch nicht so angeschwollen, vielmehr schienen sie abgemagert zu sein, und die Haut war straff über ihr ausgespannt; an den nicht sehr muskulösen Stellen, wie an den Ellenbogen, Handgelenken und Fingern war dieselbe glänzend, wie an der Stirn, und hing fast mit den unter ihr liegenden Fascien und Sehnen zusammen. Die Bewegung der Ellenbogen- und Handgelenke war erschwert, besonders aber die der Finger; bei dem Versuche letztere zu beugen, stellte sich heftiger Schmerz ein. Die unteren Extremitäten waren auf gleiche Weise affizirt und die Knie- und Fussgelenke eben so rigide. Hieraus erklärt sich das eigenthüm-

liche Aussehen und der Gang des Kindes, die denen einer alten Person glichen. Beim Drucke auf die Wangen oder irgend einem anderen Theile blieb kein Eindruck zurück, wie beim Oedem. Ein fieberhafter Zustand war niemals vorhanden; die Zunge feucht, die Respiration normal, nicht erschwert. Obgleich die Kranke fortwährend über Kälte klagte, konnte man mit dem Thermometer keine Abnahme der Temperatur wahrnehmen.

Der zweite von Dr. Watson mitgetheilte Fall befindet sich in der *Transactions of the Royal Society* vom Jahre 1754 und kam bei einem 17jährigen in Neapel lebenden Mädchen vor. Die Haut am ganzen Körper war hart und so prall und gespannt, dass sie die Extremitäten kaum bewegen konnte. Sie fühlte sich wie Holz an, doch war ein Unterschied in dem Grade der Härte an verschiedenen Stellen wahrzunehmen; am Halse, an der Stirn und an den Augenlidern war sie bedeutender, so dass sie die letzteren weder erheben noch schliessen konnte; sehr beträchtlich war sie an den Lippen, an der Zunge und an den Extremitäten; doch litt nur das Zellgewebe, nicht die Muskeln, denn sie konnte die Gelenke mit Leichtigkeit beugen, und die erschwerte Bewegung der Theile rührte allein von der Härte und Spannung der Haut und des Zellgewebes her. Die Temperatur der Haut war normal, jedoch hatte ihre Sensibilität abgenommen. Der Puls war klein, aber regelmässig; die Respiration frei und nicht erschwert; die Digestion ging gut von Statten, doch fühlte sie eine Spannung und einen Druck rund um den Leib nach dem Essen; die Stuhlentleerungen waren regelmässig; Urin liess sie in grösserer Menge, als man nach dem Getränke erwarten sollte, und derselbe enthielt sehr viel Salze; doch schien dies von der gänzlich gehinderten Hautausdünstung herzurühren. — Sie erzählte, die Krankheit hätte am Halse begonnen, den sie nicht so leicht wie sonst bewegen konnte, darauf sei dann die Haut im Gesicht und an der Stirn hart und gespannt geworden.

Auch durch die Unwirksamkeit aller therapeutischen Mittel, unterscheidet sich die Zellgewebsverhärtung von der Rose. Alle Aerzte stimmen darin überein, und die grosse Anzahl der empfohlenen Heilmittel sprechen dafür, dass verhältnissmässig nur wenig Kinder gerettet worden, während bei der Rose, wenn sie nicht schon einen zu grossen Theil der Körperoberfläche befallen hat, und bedeutende Affektionen innerer Organe sich hinzugesellt haben, Heilung möglich ist. Ein so viel als möglich indifferentes Verfahren, besonders aber Berücksich-

tigung des Zustandes der Bauch- und Brusthöhle, scheint mir erforderlich zu sein. Aeusserer Mittel enthalte man sich bei der Verbreitung, reiche aber wiederholte Brechmittel, die von günstigem Erfolge begleitet sind. Romberg [1]) rühmt sie besonders, indem sie einen Stillstand der Rose bewirken sollen. Die hinzutretende Eiterung und der Brand werden nach den in der Chirurgie aufgestellten Regeln behandelt und zugleich die Kräfte der Kranken durch diätetische und pharmazeutische Mittel unterstützt.

Schliesslich will ich noch auf eine Form von Erysipelas aufmerksam machen, die bei älteren Kindern beider Geschlechter beobachtet wird und die Genitalien befällt. Sie kömmt gewöhnlich nur unter den niederen Ständen, bei unzweckmässiger Nahrung, verdorbener Luft, feuchter Wohnung vor, daher denn auch in überfüllten Hospitälern, Waisenhäusern, und bei sehr kachektischen Individuen. Bei Kindern, die noch nicht das zweite Jahr erreicht haben, ergreift die Rose zuerst die Extremitäten und den Unterleib über dem Nabel und breitet sich von dort über die Geschlechtstheile aus; bei denen, die zwischen zwei und fünf Jahren alt sind, werden die letzteren oft zuerst befallen. Auch hier leiden die inneren Organe sehr oft mit, und man findet in den Höhlen des Körpers Erguss seröser oder serös-purulenter Flüssigkeit. Die Haut der Geschlechtstheile ist von dunkler Röthe; es bilden sich Blasen, welche platzen und ulzerirte Stellen zurücklassen, die schnell einen grossen Umfang erreichen.

Zweiter Jahresbericht über die Kinderheilanstalt (Blumenstrasse No. 74) in Berlin, vom 1. Januar bis 31. Dezember 1845. Abgestattet von den Aerzten der Anstalt Dr. A. Schnitzer und Dr. A. Loewenstein.

In Betreff der Einrichtung und Verwaltung der Anstalt, können wir uns auf unseren vorjährigen Bericht füglich berufen, da seit jener Zeit eine wesentliche Aenderung nicht eingetreten ist. Die behandelten Kranken sind solche, die theils in der Anstalt, theils in ihren Wohnungen ärztlich verpflegt wurden. In der Anstalt selbst wurden behandelt 33, hiervon sind genesen 18, gebessert 5, gestorben 4, und

1) S. Rust's Magazin. Band XXX, Heft 1.

ieben Bestand 6. Die Verpflegungstage beliefen sich im Ganzen auf 797, also im Durchschnitte auf 54½ Tage pro Kranken, was gegen ie vorjährige Durchschnittszahl allerdings ungünstig erscheint, da diese ich auf 45 stellte. Wir müssen jedoch bemerken, dass wir einige so iöchst schwierige, hartnäckige Fälle zu behandeln hatten, dass sich ene ausserordentliche Dauer leicht erklären lässt. Es befindet sich in liesem Augenblick noch eine skrophulöse Kranke in der Anstalt, die unmehr hergestellt, in den nächsten Tagen entlassen wird, die bis um 1. Januar d. J. 225 Tage in der Anstalt verweilte, eine zweite trophische Kranke, die ebenfalls hergestellt ist, 175 Tage, ein Kran- ker 102 und 2 Kranke 94 und 92 Tage, so dass diese Kranken llein ⅓ der sämmtlichen Verpflegungstage absorbirten; rechnen wir liese 5 Kranken ab, so ergeben sich auf die übrigen 28 Kr. 1109 Verpflegungstage, also 39 Tage pro Kranken, was bei der Ueberzahl chronischer Kranken ein ganz richtiges Verhältniss giebt. Das Verhältniss der Genesenen zu den Aufgenommenen beträgt 54½ Prozent, das der Gestorbenen 12 Prozent. Die Kosten für Medikamente betrugen nach Abrechnung des Rabatts mit 25 Proz. 40 Rthlr., mithin kostete der Kranke im Durchschnitt 1 Rthlr. 7 Sgr. an Medikamenten.

Die in der Anstalt behandelten Krankheiten waren:

Krankheit		Krankheit	
Abcessus lymphat.	1 mal.	Impetigo scrophul.	3 mal.
Atrophia	2 -	Ophthalmia morbillosa	2 -
Atrophia meseraica	1 -	Ophthalmia scrophulosa	4 -
Bronchiopneumonia	1 -	Phthisis tuberculosa	1 -
Cephalalgia nervosa	1 -	Rhachitis incip. (Parotitis 1)	2 -
Febr. rheum. (Ophthalmia scrophulosa 1)	2 -	Scrophulae	3 -
Herpes phagad.	1 -	Spasmi	1 -
Hydrops ascites post scarlatinam	1 -	Spina ventosa	1 -
Hydrops universalis	2 -	Tinea scrophulosa	1 -
		Tumor albus genu	1 -
		Ulcera scrophulosa	2 -
			33 mal.

Ausser der Anstalt wurden behandelt 142 Kr. Hiervon sind genesen 100, gebessert 14, gestorben 9, weggeblieben 12, und Bestand blieben 7. Die Zahl der Genesenen zu der Totalsumme beträgt demnach 70½ Prozent, die Gebesserten nicht mitgerechnet; die der Gestorbenen 6½ Prozent.

Die behandelten Krankheiten waren folgende:

Abscessus gingivar.	1 mal.	Herpes scrophulos.	3 mal.
Abscessus lymphat.	1 -	Hydrocephal. acut.	3 -
Angina parotidea	1 -	Hydrocephal. chron.	1 -
Angina tonsillaris	1 -	Impetigo scrophul.	4 -
Asthma thymicum	2 -	Kyphosis	4 -
Atrophia	8 -	Maculae corneae	1 -
Bronchitis	1 -	Morbilli	6 -
Caries scroph. genu	1 -	Ophthalmia scrophul.	6 -
Cataracta incip.	1 -	Osteomalac.	1 -
Catarrhus	1 -	Ozaena scrophul.	2 -
Cholera sporad.	2 -	Parotitis	3 -
Convulsiones	1 -	Pavor nocturnus	1 -
Coxarthrocace	2 -	Pemphigus	2 -
Dentitio diff., Atrophia	1 -	Rhachitis	9 -
Diarrhoea rheum.	6 -	Rubeola	2 -
Diphtheritis	1 -	Scarlatina	1 -
Dysenteria	6 -	Scoliosis	1 -
Dyspepsia	4 -	Scrophulae univers.	10 -
Ecchymosis in pede	1 -	Spina ventosa	2 -
Ecclampsia	1 -	Stomacace	2 -
Erythema in cruce	1 -	Tumor genu	1 -
Exostosis scroph.	1 -	Tussis catarrh.	3 -
Febr. catarrh.	5 -	Tussis convulsiva	3 -
Febr. gastrica	4 -	Ulcera scrophul.	2 -
Febr. rheumat.	2 -	Ulcera syphilit.	1 -
Gastricismus	4 -	Ulcus traumat. in fronte	1 -
Hernia umbilic.	1 -	Urticaria	2 -
Herpes phagad.	1 -	Varicella	3 -
		Summa	142.

Geimpft wurden 53, und zwar:

		mit Erfolg	ohne Erfolg
zum 1sten Male	mit Erfolg	45,	ohne Erfolg 1
- 2ten	- -	2	- - 2
- 3ten	- -	2	- - —
Nicht zur Revision gestellt			1.
		49.	3. 1.

Demnach nahmen die Hülfe der Anstalt im Ganzen in Anspruch 228 Individuen.

Ueber die Lage, in welche die an Hüftgelenkkrankheiten leidenden Kinder gebracht werden müssen, von Aston Key.

(Vorgelesen in der physikalischen Gesellschaft von Guy's Hospital in London, im Oktober 1845.)

Der tückische und schleichende Prozess der skrophulösen Affektion des Hüftgelenks, die Scheidung der Krankheit in verschiedenen Stadien, und der gewöhnliche Ausgang in einen grösseren oder geringeren Grad von Anchylose des Gelenks, sind, glaube ich, sowohl bekannt, dass ich es für überflüssig halte, speziell in diese Punkte einzugehen; ich habe daher nur die Absicht, meine Ansichten über die Bildung und Artung der Deformität, welche fast immer die Genesung begleitet, über die Ursachen, welche zu dieser Deformität führen, und endlich über das beste Verfahren, sie zu verhüten, vor Ihnen zu entwickeln.

Die erste Veränderung, welche man gewöhnlich in der relativen Länge der beiden Beine bemerkt, ist die temporäre Verlängerung oder Verkürzung des ergriffenen Gliedes und zwar hängt diese Verlängerung und Verkürzung vorzüglich von der Stellung ab, welche der Kranke *in dem frühesten* Stadium des Leidens, so lange noch ein Gefühl von Schwäche und weniger ein Schmerzgefühl vorhanden ist, bei der Bewegung beobachtet. Im Anfange der Krankheit nämlich wirft der Kranke instinktmässig die ganze Last des Körpers auf das gesunde Glied, und bedient sich des kranken Gliedes nur, um den Körper im Gleichgewichte zu erhalten. Wird der Fuss auswärts und flach auf den Boden gesetzt, so wird die entsprechende Beckenseite nach vorn gebracht und etwas gesenkt, so dass das Bein verlängert erscheint. Wird aber das kranke Glied beim Schreiten nicht sehr vorwärts gebracht, und der Kranke stützt nur die Zehen auf den Boden, so wird das Becken an der entsprechenden Seite gehoben und das Glied erscheint verkürzt. Beide Zustände sind gewöhnlich nur vorübergehend und verschwinden, sobald der Kranke in horizontale Lage gebracht wird. Das Becken erlangt seine natürliche Stellung wieder, so wie die Krankheit im Gelenke nachlässt.

Für die, welche das hier in Rede stehende Leiden oft zu sehen und zu beobachten Gelegenheit gehabt haben, brauche ich nicht zu wiederholen, wie selten dasselbe in seinem ersten Stadium dem Arzte vorkommt, in einem Stadium nämlich, in dem es der Kunst noch mög-

lich ist, das Gelenk in seinen früheren gesunden Zustand zurückzubringen. Das heimliche Heranschleichen des Uebels setzt sowohl die Laien als die Aerzte ausser Stand, sogleich die wahre Natur des Zustandes zu argwöhnen, und in dem geringen Grade von Umschleppen oder langsam Heben des Beines eher die furchtbare Hüftgelenkaffektion zu ahnen, als bis deutlichere Zeichen eingetreten sind, und es dann gewöhnlich zu spät ist, etwas Wirksames zu thun.

Das zweite Stadium der Krankheit ist keinesweges, wie es das erste gewesen ist, ein blosses Erythem der Synovialhaut des Gelenks, sondern wird mehr eine aktive Entzündung, welche sich auf die festeren Parthieen der Kapsel und des Knorpels erstreckt, und mit heftigem Schmerze bei der Rotation und Abduktion begleitet ist. Oft erlaubt schon in der ersten Zeit des zweiten Stadiums das Glied keine vollständige Ausdehnung, und es kann dann bei sorgfältiger Untersuchung des Gelenks erkannt werden, dass das Glied permanent gegen das Becken gebeugt ist. Dieser Zustand ist es, auf welchen ich in diesem Vortrage Ihre Aufmerksamkeit hinlenken wollte, denn gerade hier ist die grösste Gefahr vorhanden, und die grösste Möglichkeit, etwas dagegen zu thun.

Diese Beugung des Femur gegen das Becken bildet sich sehr langsam und allmälig aus, aber bisweilen wird sie schnell durch eine plötzliche Zunahme der Entzündung, nachdem vorher nur sehr milde und unbedeutende Zeichen von Krankheit vorhanden gewesen waren, herbeigeführt. Es ist dieses die übelste Form der Krankheit, d. h. insofern die übelste, wenn man nur die Deformität in Betracht zieht, denn der sehr heftige Schmerz, welchen der Kranke bei der geringsten Bewegung fühlt, bringt ihn dahin, Stellungen oder Körperlagen anzunehmen, in denen er sich behaglicher fühlt, die aber von der Art sind, dass sie eine Verdrehung des Gliedes durch Schiefheit des Beckens bewirken. Gewöhnlich sieht man den Kranken auf der gesunden Seite liegen, und zwar mit dem fast in einen rechten Winkel gegen das Becken gezogenen Beine. Liegt der Kranke auf der kranken Seite, so erscheint das kranke Bein an drei bis vier Zoll kürzer als das gesunde. Wird der Kranke auf den Rücken gelagert, eine Stellung, die er nur ungern annimmt, und werden die beiden Kniescheiben und die Dornfortsätze der Darmbeine verglichen und angemerkt, so bemerkt man zwischen den beiden ersteren einen Unterschied von zwei bis drei Zoll, während zwischen der Höhe der vorderen Dornfortsätze des Darmbeines nur ein Unterschied von 1 Zoll

ahrnehmbar ist. Es würde dieses den Schein geben, als sei wirklich as Glied verkürzt; es ist dieses jedoch in der That nicht der Fall, enn untersucht man die Stellung des Beckens genau, so wird man rkennen, dass die Drehung des Beckens um die Lendenwirbel, so dass das erkrankte Gelenk rückwärts gebracht wird, die Ursache der grossen Verkürzung des Gliedes ist.

Während des Stadiums der eigentlichen Entzündung ist es unmöglich, irgend ein Mittel anzuwenden, um der verdrehten Stellung es Beckens entgegenzuwirken, und in der Zeit, in der der Kranke ndlich im Stande ist, eine solche Dehnung zu ertragen, die das Beckens in seine natürliche Lage zu bringen, und den Winkel, den das emur mit ihm macht, zu vermindern vermag, sind die Theile in ihrer bnormen Stellung bereits so fixirt, dass es schwierig ist, dieselbe zu verändern, und in den meisten Fällen unmöglich, sie zur Norm zurückzuführen. Die Folge davon ist, dass wenn der Kranke endlich mit einem etwas steifen Gelenke genesen erscheint, er den Fuss nicht auf dem Boden zu bringen vermag und einen Schuh oder Stiefel mit einer zwei Zoll dicken Sohle nothwendig hat, um im Stande zu sein, den Fuss flach auf den Boden zu setzen. Was kann geschehen, um diesen Ausgang zu verhüten? Das einzige Mittel ist offenbar, in jedem Falle von Hüftgelenkkrankheit, sobald die Natur derselben ermittelt ist, die gestreckte Lage zu unterhalten, denn die Streckung ist eine für alle Stadien der Krankheit angemessene Position. In dem ersten Stadium, welches nur durch ein leises Hinken oder Schleppen des Beines, oder durch einen gelegentlichen Schmerz im Knie, oder tief in der Hüfte sich charakterisirt, bringt die Streckung den Vortheil, das Gelenk in einem Zustande vollständiger Ruhe zu halten; ist das Gelenk aber in Ruhe, so sind die Muskeln nicht in Thätigkeit, sondern verhalten sich passiv. Wird aber im Gegentheil das Glied durch ein unter das Knie geschobenes Kissen gebeugt erhalten, eine Position, welche gewöhnlich im ersten Stadium angenommen wird, so sind, namentlich bei Kindern, Becken und Oberschenkel beständig in Bewegung, denn da der kleine Kranke dabei nur wenig oder gar keinen Schmerz empfindet, so wird er vergebens angemahnt, sich ruhig zu verhalten. Die gebeugte Lage raubt uns daher eins der wichtigsten Elemente, ein erkranktes Gelenk zu behandeln, und es nimmt darum die Krankheit auch unaufhaltsam zu. Wird aber eine lange, von der Zehe bis zur Achselgrube reichende, Schiene äusserlich angelegt, so wird die vollständigste Ruhe des Gelenkes dadurch erzielt und jede

Muskelthätigkeit verhindert. Nach dem, was ich erfahren und beobachtet habe, glaube ich, dass in diesem Stadium der Hüftgelenkkrankheit ihr Fortschritt vorzüglich durch die strengste, mittelst der unterhaltenen Streckung bewirkte Ruhe bei gleichzeitiger Anwendung von Merkur am wirksamsten aufgehalten wird.

Was das zweite Stadium betrifft, so zeigt sich der Hauptnutzen der anhaltenden Streckung des Gliedes besonders deutlich. In diesem zweiten Stadium, wo vermöge der vereinigten Wirkungen der Entzündung und Ulzeration der Gelenkknorpeln und des Vorherrschens der Beugemuskeln ein hoher Grad von Deformität in der Stellung der Lendenwirbel des Beckens und Hüftgelenks vorbereitet wird, kann die Rückenlage vom Kranken sehr gut ertragen werden, weil bei der vollständigen Ruhe, in welcher dabei der Körper erhalten wird, dem erkrankten Gelenke jeder Schmerz erspart wird.

Der Lauf, welchen die Abszesse nehmen, wenn Eiterung im Gelenke eintritt, scheint durch die unterhaltene Streckung auch zum Theil modifizirt zu werden. Wird dem Gliede gestattet, sich gegen das Becken zu beugen, so bildet sich der Eiterheerd gewöhnlich auf der Rückseite des Gelenks unter den Glutaeen, oder an der Seite des Gelenks auf dem vorderen Rande des mittleren Glutaeus. Bei der gestreckten Lage aber strebt der Eiter gegen den vorderen Theil des Gelenks, und es bildet sich der Herd am äusseren Rande des *Musculus iliacus* längs des *Tensor vaginae femoris.*

Dieser Gang des Eiters kann ein zufälliger sein, aber in zwei jetzt im Hospital sich befindlichen Fällen hat die Eiterung diesen Verlauf genommen, und ich gestehe, dass ich darin etwas sehr Gutes erkenne, denn Abszesse am vorderen Theile des Gelenks können weit besser gehandhabt werden, als am hinteren Theile desselben. Noch ein Resultat giebt es, welches im vorgerückten Stadium der Krankheit durch die anhaltende Streckung erlangt werden kann, und das von besonderer Wichtigkeit ist; ich meine nämlich die Wahrscheinlichkeit, die Dislokation des Femurkopfes auf den Rücken des Darmbeines zu verhüten; diese Dislokation, obwohl nicht immer eine nothwendige Folge der Krankheit, tritt doch bisweilen ein, und steigert dann in hohem Grade die Deformität und die Verkürzung des Gliedes. Sie kann nur bei gebeugter Position des Gliedes, welche den Gelenkkopf rückwärts gegen das Kapselband und gegen den hinteren Pfannenrand treibt, eintreten; sobald diese Strukturen durch Ulzeration zerstört

sind, wird alsdann der ebenfalls ulzerirte Gelenkkopf aus der Pfanne heraus und auf den Rücken des Darmbeins getrieben.

Da im besten Falle, wenn die Krankheit ihr Ende erreicht, eine Anchylose eintritt, so muss ich noch ein Wort über die Zweckdienlichkeit der Streckung bei der Anchylose sagen. Der einzige Nachtheil, den eine Anchylose des Hüftgelenks bei gestrecktem Beine hat, ist die Unbequemlichkeit, welche der Kranke beim Sitzen hat, indem er unfähig ist, das Bein hinreichend zu flektiren, um bequem sitzen zu können; der Kranke kann nur auf der gesunden Hinterbacke, und folglich nur auf dem Seitenrande des Stuhls oder etwas seitlich gewendet sitzen. Bedenkt man aber die ungemeinen Uebelstände, welche eine Anchylose in der Flexion des Hüftgelenks hat, so ist jene kleine Unbequemlichkeit nicht von Belang.

Während der Genesung muss der Kranke angewiesen werden, sich nicht zu sehr auf das kranke Glied zu stützen, wenn nämlich die Strecklage von Anfange an beobachtet worden; denn ein Gefühl von Schwäche treibt ihn, wie im ersten Stadium der Krankheit, das Bekken an der gesunden Seite zu erheben, um zu verhindern, dass nicht eine zu grosse Last das krankgewesene, noch schwache Glied beschwert. Diese Erhebung des Darmbeins hat aber die Wirkung, die *Lendenwirbel* in seitlicher Richtung zu krümmen, und diese Verkrümmung wird endlich permanent.

II. Analysen und Kritiken.

Ueber chronische Hautausschläge oder Grind der Kinder.

(*Traité complet des gourmes chez les enfans etc., par L. V. Duchesne-Duparc. Paris* 1842, 8.)

(Analyse von Dr. Behrend.)

(Schluss, s. voriges Heft S. 35.)

Die dritte Art des Flechtengrindes oder der Herpetosen ist nach dem Verf. der Favus oder ächte, wahre Grind.

Favus, Tinea favosa, contagiosa; Porrigo favosa, lupinosa, Erbgrind, ansteckender Grind, wird definirt als ein chronischer Ausschlag, der vorzüglich auf der Kopfhaut bei Kindern, bisweilen aber auch auf anderen Stellen des Körpers, und selbst bei

Erwachsenen und Greisen vorkommt, durch Ansteckung übertragbar ist, und durch kleine rundliche, etwas vertiefte, schwefel- oder wachsgelbe Schorfe sich charakterisirt. Die becherförmige Vertiefung, die diesen Krusten oder Schorfen eigenthümlich ist, giebt ihnen das Ansehen von Honigwaben (woher der Name *Favus*); auch haben sie eine Aehnlichkeit mit den flachen Vertiefungen der Wolfsbohne (*Lupinus*, woher der Ausdruck *Tinea lupinosa*).

Das sind alles bekannte Dinge, und eben so bekannt ist die vom Verf. gegebene Schilderung der Symptome. Diese Schilderung übergehen wir daher und bleiben nur bei einigen Punkten stehen, die noch Gegenstand des Streites oder der Untersuchung sind. So ist namentlich die Elementarform der ächten Tinea keineswegs so festgestellt, wie man zu glauben geneigt sein könnte; Willan und Bateman haben bekanntlich die Pustel für die Elementarform gehalten und zum Unterschiede von den Achorpusteln eine besondere Art, nämlich Favuspusteln aufgestellt; sie haben angegeben, dass zuerst ganz kleine, kaum über die Haut hervorragende, mit dem blossen Auge nicht recht bemerkliche Pustelchen sich bilden, welche aufbrechen, schnell sich vergrössern, und sich mit vertieften Schorfen bedecken; Rayer behauptet sogar, diese Pusteln selber gesehen zu haben, allein die Untersuchungen der Gebrüder Mahon und die des Hrn. Baudelocque lassen es sehr zweifelhaft, ob man nicht das Tuberkel für die Elementarform halten, und deshalb die *Tinea favosa* zu den Tuberkuloiden rechnen müsste. Folgendes sind die Angaben der Herren Mahon:

Die Krankheit beginnt mit unbedeutenden kleinen, oft mit einem Jucken begleiteten rothen Stellen, welche eine oberflächliche Entzündung andeuten und genau den Talgdrüschen entsprechen; diese kleinen rothen Stellen vergrössern sich, und schon ehe fünf Stunden vergehen, sieht man in ihrer Mitte gelbliche Punkte. Eine genaue Untersuchung ergiebt, dass diese gelbliche Punkte Nichts weiter sind, als die mit einem honigartigen, talgdicken Stoffe ausgefüllten *Folliculi sebacei*. Der Stoff kann theils vermöge seiner dicklichen Konsistenz, theils vermöge mancher anderen aus unbekannten Veränderungen, die er erlitten haben mag, theils in Folge der geringen oberflächlichen Entzündungen nicht ausfliessen; der Follikel dehnt sich daher aus, und sein Inhalt, der ihn ganz vollkommen ausfüllt, zeigt sich an der Oberfläche, wo er sogleich vertrocknet. Daher die kreisrunde Form und die becherförmige Vertiefung der Kruste, denn der Follikel hat in der That die grösste Aehnlichkeit einer mit Honig angefüllten Wabe. Bei einer genauen Untersuchung erkennt man auch deutlich rund um die trockene Kruste den etwas erhöhten Rand des Follikels.

Demnach beginnt nach den Herren Mahon die *Tinea favosa* tets mit einer Veränderung des Sebum in den *Folliculi sebacei*, und ıur durch Ausdehnung greift sie auf die Haarzwiebeln über, die allerlings den Follikeln, sowohl was Funktion als was Bildung betrifft, sehr nahe stehen. Die Ansicht, dass die *Folliculi sebacei* der Sitz ler *Tinea favosa* sind, ist schon von Sauvages und Murray ausgesprochen worden, allein der Glaube, dass es die Haarzwiebeln sind, ıat sich vorzugsweise geltend gemacht, und auch Hr. Baudelocque timmt dafür. Die Häufigkeit des Favus da, wo die Haare am zahlreichsten sind, nämlich auf dem Kopfe, ferner das fast beständige Vorkommen von einem oder mehreren Haaren in den Favuskrusten, hat u dieser letzteren Meinung verleitet. Baudelocque glaubt, dass der Tineastoff zuerst in die Haarbälge abgesondert werde, dort sich verdicke und einen kleinen Kern bilde, den er Tuberkel nennt; bei stets zunehmender Sekretion vertrockene um diesen Kern die Flüssigkeit, vermehre dessen Volumen und dehne den Haarbalg sehr aus; es dringe ferner, in dem Bestreben nach aussen zu treten, die Favusmaterie in den Hals des Follikels und, durch die Epidermis zurückgehalten, vertrocken sie mit dieser zu einer Masse. In dem Maasse, wie eine neue Quantität dieser Materie abgesondert wird, dränge sie nach aussen, erweitere den Hals und die Mündung des Follikels und vereinige sich mit der Epidermis, indem sie um die schon fest gewordene Portion sich verdichte. Diese, anfänglich konisch, vergrössere sich und verwandele sich in einen Zylinder, der anfänglich eine etwas konvexe Fläche habe, dann aber in dem Maasse, wie die Mündung des Follikels sich immer mehr erweitert, tiefer wie dieser zu stehen komme, und nun eine oberflächliche Exkavation darbiete. Die becherförmige Vertiefung der Favuskruste ist also nach Hrn. Baudelocque abhängig: 1) von der Gegenwart des zylindrischen Zentralkernes, welcher durch die Epidermis, mit der er sich äusserlich verbindet, an seine Stelle erhalten wird; 2) von der Zurückhaltung der Favusmaterie in dem Raume, welchen der Zentralkern, die Höhle des Follikels und die Epidermis gestattet; endlich 3) von der allmäligen Erhebung der losgelösten Epidermis, und folglich von allmäliger Höhenzunahme des Raumes, in dem die Favusmaterie zurückgehalten ist.

„Alle diese Charaktere, fährt Hr. Baudelocque fort, verlieren sich und schwinden in dem Maasse, wie das Uebel Fortschritte macht. Wenn Ausdehnung der Mündung und des Halses des Follikels, dessen Höhlung in einen etwas konkaven Raum umgewandelt ist, und wenn die Favussekretion dabei andauert, so wird die Kruste durch die unter

ihr angehäufte Materie nach aussen gedrängt, und die Haut nach den unterliegenden Theilen zugetrieben. Alsdann pflegt im Umrande der Kruste die Epidermis sich loszulösen, wenn sie von den Haaren nicht zurückgehalten wird; die Krusten fallen ab, und die Follikel bekommen ihre gewöhnliche Form wieder, die Epidermis erneuert sich, und das Uebel könnte als von selber geheilt erscheinen, wenn sich nicht ein neuer Favus bildete. Geschieht die Ablösung der Epidermis nur partiell, so bleibt die Favuskruste mit der Haut im Zusammenhange, es tritt die sezernirte Materie aus, verbreitet sich und vertrocknet im Umfange der primären Kruste, deren Durchmesser sie vermehrt. Es bilden sich so Vorsprünge, Furchen und Erhebungen, welche von der regelmässigen Oberfläche der Zentralvertiefungen sich wesentlich unterscheidet."

Das sind die Ansichten des Hrn. Baudelocque, die sich offenbar von denen der Herren Mahon wesentlich unterscheiden. Hr. Baudelocque findet die Hauptstütze seiner Behauptung offenbar darin, dass er annimmt, dass die Epidermis längs dem Haare, von der äusseren Oeffnung des Haarbalges an, sich hinzieht, aber nicht in das Innere der Mündung des Haarbalges sich zurückschlägt. Wäre das Erstere, so könnte man Hrn. B. zugestehen, dass die sich an das Haar anlegende Epidermis die Mündung des Follikels fest verschliesst, und dass dann die Bildung eines Kernes, wie ihn Hr. B. annimmt, inmitten des Haarbalges, zwischen der Epidermis und dem Grunde des letzteren möglich sei, und endlich, dass die zuletzt um den Kern herum sich ablagernde neue Materie die Epidermis durchbreche, an die Oberfläche trete, und um den Kern herum eine runde Kruste sich gestalte, welche in der Mitte vertieft und an den Rändern erhaben ist.

Bis zu diesem Augenblick ist in der That noch nicht entschieden, ob die Haarbälge oder die Talgfollikeln der eigentliche Sitz des Favus sind; dass die Haarbälge miterkranken, geben auch die Herren Mahon zu; nur glauben sie, wie schon erwähnt, dass dieses sekundär geschehe.

„Es ist nicht zu verwundern", sagen sie, „dass das Prinzip, welches der Follikel in einen krankhaften Zustand versetzen konnte, auch eben so auf diejenigen Theile wirke, die mit ihm eine grosse Analogie haben, und mit denen er theils durch die Funktionen, in denen sie sich wechseltseitig dienen, und theils durch direkten Konnex, wie das Haar und die Hautmasche, welche die Mündung des Follikels und den Haarbalg gewissermaassen verstrickt, in Verbindung steht. Diese Umstände sind es, welche berechtigen, dem Krankheitsprinzip des Follikels auch folgende Erscheinungen zuzuschreiben: Ein kleines geröthetes entzündliches Knötchen umgiebt das Haar an seiner Basis und ersetzt den zerstörten Follikel; dieses Knötchen verwandelt sich in eine Pustel, und endlich in ein kleines Geschwür, welches die Hautscheide zerstört

und auf den Haarbalg übergeht, den es ebenfalls zerstört. Es bilden sich so die subkutanen Geschwürchen, welche man bis jetzt noch wenig untersucht hat. Die Zeit, in der dieses Geschwür durch die Haut sich durcharbeitet und den Haarbalg gänzlich zerstört, variirt nach der Dicke und Festigkeit der Kopfhaut."

„Ist der Haarbalg gänzlich vernichtet, so hat das krankhafte Prinzip, so zu sagen, nichts mehr zu bewirken; es erlischt, und wenn noch tiefere Veränderungen des Zellgewebes die Tinea begleiten, so kann man sie nicht mehr dem Krankheitsprinzip zuschreiben, sondern einer durch das Vorhandensein der sehr ausgedehnten Follikeln in dem Schleimkörper der Haut und besonders durch den unmittelbaren Kontakt der abgesonderten Materie bewirkten allgemeinen Desorganisation der Hautschichten. Ist der Haarbalg einmal zerstört, so fällt das Haar natürlich aus und erzeugt sich nie wieder."

Es bleibt in Bezug auf die Veränderungen, welche sowohl die Talg- und Haarfollikeln als auch die Hauttextur selber beim ächten Favus erleiden, sehr viel zu wünschen übrig. Die Veränderungen der Hauttextur sind zwiefacher Art; sie werden entweder durch den Grind selber bewirkt, oder sie werden durch die Reizung und das Kratzen hervorgerufen. So spricht sich auch der Verf. aus.

Was die Veränderung der Hauttextur selber betrifft, so kann man sie in zwei Klassen theilen; die eine Klasse begreift diejenige, welche die Folgen des Favus selber sind, und besteht bei frischem Erbgrinde in einfacher Erweiterung der Follikelgänge durch die Favusmaterie und in daraus folgendem Zurückdrängen der zunächstliegenden Hautschichten; die Folge dieses rein mechanischen Druckes sind Wulstungen und Windungen, welche der Haut das Ansehen geben, als wenn sie in allen ihren Schichten zerstört wäre, wogegen aber die Rückkehr der Haut zu ihrem Normalzustande bei vollständiger Heilung spricht. Ist das Uebel konfluirend, und besteht es lange schon, so werden die Follikeln über das Maass ausgedehnt, und viele von ihnen werden durchbrochen; die Grindmaterie verbreitet sich auf die Oberfläche und in die Zwischenräume der Hauttextur, und wirkt auf diese wie auf die Nachbartheile reizend. Daraus folgt eine Entzündung, die von dem einfachen Erythem bis zur heftigsten Phlegmone variirt; dazu gesellen sich Risse, Sprünge, Ulzerationen u. s. w. Die Veränderungen, welche durch Kratzen bewirkt werden, können natürlich sehr verschieden sein; bisweilen aber sind sie wirklich in Bezug auf Ausdehnung und Tiefe sehr bedeutend.

Noch ein Wort über die Alopekie. Das Ausfallen der Haare ist eine der übelsten Folgen des Erbgrindes. Die nackten Stellen bleiben ein dauerndes Denkmal des dagewesenen Erbgrindes, wenn sie

nicht durch die Nebenhaare bedeckt werden; die kahlen Stellen sind glatt, trocken, bisweilen aber auch rauh; da in ihnen die Haarzwiebeln und Follikeln gänzlich zerstört sind, so sind diese Stellen vor dem Grinde von nun an sicher.

Wir übergehen die übrigen schrecklichen Folgen, die der Erbgrind bisweilen hat, namentlich die mangelhafte geistige und körperliche Entwickelung, welche die nothwendige Folge des ewigen Juckens, Kratzens und des Ekels ist, den die mit diesem Uebel behafteten Kranken Anderen einflössen. Auch Lungentuberkeln, Skropheln, Skorbut und selbst Syphilis können sich mit dem Erbgrinde verbinden.

Was wir nicht übergehen dürfen, das sind die neuesten mikroskopischen Untersuchungen und die angeblich pflanzlich-parasitische Natur des Erbgrindes. In Folge des Streites, ob die Haarbälge oder die Talgfollikeln der ursprüngliche Sitz des Erbgrindes sind, hat Hr. Gruby genaue und sorgfältige Besichtigungen mit dem Mikroskop vorgenommen; diese Untersuchungen sind von Hrn. Klencke in Deutschland fortgesetzt worden, und den daraus gezogenen Schlüssen hat selbst Hr. Schönlein in Berlin das Wort geredet. Wir müssen die Angabe des Hrn. Gruby hier vollständig wiederholen, weil sie einen Auszug nicht gut zulassen.

„1) Ein Stückchen Favuskruste", sagt Hr. Gruby, „zeigt mit etwas reinem Wasser verdünnt, und dann zwischen zwei Glasplatten gebracht, unter dem Mikroskop bei einer 300fachen Linearvergrösserung eine grosse Menge runder oder länglicher Körperchen von $\frac{1}{300}$ bis $\frac{1}{100}$ Millimeter im Längendurchmesser und ungefähr eben so viel im Querdurchmesser; diese Körperchen sind durchsichtig, haben einen genau bestimmten Rand, eine glatte Oberfläche, sind farblos oder etwas gelblich, und bestehen aus einer homogenen Substanz. Ausserdem bemerkt man kleine gegliederte Filamente, die einen Durchmesser von $\frac{1}{1000}$ bis $\frac{1}{250}$ Millimeter haben, durchsichtig und farblos sind; sie haben eine zylindrische oder verästelte Form, je nach dem Theile der Kruste, welchem sie angehören; die zylindrischen Filamente sind aus länglichen oder runden Körpern zusammengereiht, welche oft den Anblick eines Hütchens haben; die ästigen Filamente hingegen sind in gewissen Entfernungen mit Zwischenwänden versehen, so dass sie längliche Zellen darstellen, in welchen man kleine runde, durchsichtige von $\frac{1}{10000}$ bis $\frac{1}{1000}$ Millimeter im Durchmesser habende Kerne findet. Bisweilen jedoch trifft man an den Filamenten Körnerchen ansitzen, gerade wie die Sporen an der *Tortula olivacea* und der *Tortula sacchari*. Die Form dieser Filamente lässt über ihre pflanzliche Natur durchaus keinen Zweifel. Da wir bis jetzt noch keine Favuskruste gefunden haben, in welcher wir unterm Mikroskop die eben beschriebenen Körperchen nicht antrafen, so erscheint uns der Schluss sehr natürlich, dass diese Körperchen das primitive oder wesentliche Element der Krankheit bilden."

„2) Die Favuskruste zeigt noch einige andere Eigenthümlichkeiten, die zu interessant sind, als dass sie mit Stillschweigen übergangen werden könnten. Man muss eine isolirte, nur einige Wochen alte, noch ganze, und nicht aufgebrochene Kruste nehmen; darum nehme man sie von einer Stelle, wo wenig Haare sind, die sonst deren Abnahme hindern würden. Eine solche Kruste erscheint wie eine flache Kapsel, oder wie eine flache Schaale, deren kreisrunder Rand durch eine geringe Furche in zwei gleiche Theile geschieden ist, von denen der obere der Luft ausgesetzt, und der andere der Haut entgegen steht. Es besteht also jede solche Schaale aus zwei Scheiben, von denen die äussere oder konkave Scheibe eine gelbe Farbe, die innere dagegen, oder die der Haut zugekehrte, konvexe, eine weissgraue Farbe hat. Die Kruste ist ganz und gar in Epidermiszellen eingehüllt, welche an der Luftseite zahlreicher sind, als an der Hautseite."

„Es ist aber auch noch eine zweite Hülle vorhanden, welche die Kruste ganz und gar umgiebt, und aus Molekulen von verschiedener Grösse besteht, die eine amorphische, zwischen den Epidermiszellen und der parasitischen Vegetation selbst liegende Substanz darstellen. Dann findet man mehr nach innen zu die parasitische Pflanze, deren Wurzeln in der eben genannten amorphischen Substanz sitzen, wogegen die Verästelung gegen die Mitte der Kruste hinstrebt. Ein senkrechter Durchschnitt der Kruste zeigt ein poröses, graues, zerreibliches aus Körnern und Aesten des Hautpilzes (Mykoderm) bestehendes Zentralgewebe; die Zahl der Körnerchen übertrifft bei weitem die der Aeste; diese Granulationen scheinen das Produkt der Pflanze zu sein, und wahrscheinlich zu ihrer Fortpflanzung zu dienen. Mit einem Worte, *es besteht* jede isolirte Favuskruste in zwei Hüllen, in einem Herd von Mykodermen, die darin wie die Früchte in ihren Perikarpien eingeschlossen sind. Die Uebertragbarkeit der Krankheit scheint sich nun auch aus ihrer pflanzlichen Natur vollkommen zu erklären."

„3) Die Epidermis ist der eigentliche Sitz der Tinea; die Zellen der Epidermis, welche durch ihre Struktur einer pflanzlichen Textur sich nähern, scheinen für die Entwickelung solcher pflanzlichen Gebilde ganz geeignet zu sein; auch sieht man die Favuspilze sich zwischen die Epidermiszellen verbreiten, die Kutis zusammendrücken, ohne sie zu zerstören. Bisweilen findet man die Hauttextur unter der Kruste entzündet, aber nur eine kleine Zahl von Entzündungskügelchen darbietend. Fast immer kann man die Kruste wegnehmen, ohne die Haut merklich zu verletzen. Nach der Wegnahme der Kruste sieht man gewöhnlich eine seröse Flüssigkeit ausschwitzen, um die Wundoberfläche der Kutis zu bedecken; auch geschieht die Heilung ohne Narben, was bezeugt, dass die Kutis weder durch Eiterung noch durch Ulzeration zerstört gewesen ist. Die Verbindung zwischen den Haarzwiebeln und diesen Parasiten ist nicht so intim, wie man angenommen hat, denn es geschieht sehr oft, dass die Hautpilze entwickelt sind, ohne dass die Haarfollikeln eine merkliche Veränderung erlitten haben; bisweilen jedoch verlängern sich die Filamente des Mykoderms nach den Haarbälgen hin, und umstricken die Haarzwiebeln, wodurch die konische Form des kutanen Theils der Kruste bewirkt wird. Wenn dies geschieht, so erweicht sich das Haar so sehr, dass es, zwischen zwei Glasplatten gebracht, schon bei einem sehr leichten Drucke abge-

plattet und in Fasern zerspalten wird. Die Follikeln sind demnach wie alle übrigen Theile der Kutis, nur sekundär von der Krankheit ergriffen."

Hr. Schönlein hat ebenfalls Vegetationen auf den Tineastellen gesehen, sie aber nicht genau beschrieben; dagegen hat Hr. Gruby in einer neuen, der Akademie in Paris im August 1841 überreichten Abhandlung die Art der Entwickelung des kryptogamischen Parasiten genau geschildert. Er hat auch die Uebertragung der Grindpilze durch Inokulation versucht, und zwar auf phanerogamische Pflanzen, Seidenwürmer, Reptilien, Vögel, Säugethiere, aber ohne allen Erfolg; ein einziges Mal hat er die Impfung auf einen Menschen versucht, aber auch ohne Wirkung.

Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass diese Untersuchungen alle Aufmerksamkeit verdienen; indessen bleibt es immer fraglich, ob Hr. Gruby nicht zu viel gesehen, das heisst, ob er nicht theils optisch, theils in dem Verlangen, ganz neue Dinge sehen zu wollen, getäuscht worden. Die Sucht, in den meisten chronischen Hautausschlägen parsitische Pflänzchen oder Thierchen auffinden zu wollen, ist theils durch die vielen mit dem Miskroskop gemachten Entdeckungen angefeuert, theils durch die bis zum Gespiele getriebenen neuern naturhistorischen Voraussetzungen erregt worden; haben doch die Herren Klencke, Eisenman fast überall Thierchen und Eierchen, Pflänzchen und Keimkörnerchen entdeckt, ohne dass es sich hinterher bestätigt hat. So hat noch unlängst Hr. Meynier in Ornans die gewöhnlichen Warzen für Gymnosporangien, und alle Schuppenausschläge und Tuberkeln theils für Lykoperdaceen, theils für Uredineen erklärt.

Ich gestehe, dass ich sowohl die Grindschorfe, als auch die Krusten und die Materie von vielen anderen chronischen Hautausschlägen mit dem Mikroskope untersucht, aber nichts dergleichen gefunden habe, was mich berechtigen konnte, wirkliche Pflänzchen oder Thierchen zu sehen, wenn ich die Krätzmilbe und die von Hrn. Simon zuerst aufgefundenen im Sebum der Follikeln des Antlitzes lebende Aknemilbe abrechne. Was ich in der Tineakruste, wie in verschiedenen anderen Krusten und Materien gesehen habe, waren allerdings Fäden, Körnerchen, dazwischen Hauttrümmer und amorphische Substanz, aber ich kann sie durchaus nicht für regelmässig gegliederte, scharf bestimmte Pflänzchen halten. Bringt man unter das Mikroskop irgend eine flüssige organische Substanz, die schnell vertrocknet oder gerinnt,

so geschieht das in Streifchen, arboreszirenden Fäden und Scheibchen, wobei natürlich die Verdunstung der wässerigen Theile und auch wohl überaus kleine, das Auge leicht täuschende Krystallisationen eine grosse Rolle spielen. Dazwischen sieht man losgelöste Schleim- oder Eiterkügelchen und, wie schon erwähnt, kleine Hautfetzen. Alles dieses giebt unzählige Figurenspiel, aus dem man herausdeuten kann, was man will, oder wozu vorgefasste Meinung oder die Phantasie treibt.

Warum sollen sich nicht auf einem Boden, der mit abgestorbener organischer Materie gedüngt ist, Pflänzchen oder Thierchen parasitischer Art entwickeln können? Aber dann sind die Keime von Aussen gekommen; der Boden ist ihnen vorbereitet worden, sonst würden sie sich auf ihm nicht haben entwickeln können. Diese Vorbereitung des Bodens indessen ist schon ein Ergebniss eines Krankheitsprozesses oder ein Krankheitsprozess selber; und wenn wir annehmen, dass der Inhalt der Talgfollikeln krankhaft verändert oder versetzt wird, und dass damit die Krankheit beginnt, so lässt sich wohl denken, dass solche zersetzte oder veränderte organische Materie den bestgedüngten Boden für die Aufnahme und Entwickelung parasitischer Gebilde giebt. Dann wären aber die parasitischen Gebilde nicht das Wesentliche der Krankheit, sondern etwas Zufälliges.

Noch ein paar Worte über die Ansteckung des Erbgrindes. Alibert glaubte nicht an die Ansteckungsfähigkeit, weil Kataplasmen, die lange auf einem Grindkopfe gelegen hatten, auf einen gesunden Kopf gebracht, dort die Krankheit nicht erzeugten, und weil Impfungsversuche mit der zwischen den Krusten hervorkommenden Materie vergeblich waren; allein Hr. Mahon erklärt dieses dadurch, dass er nicht die flüssige Materie und auch nicht den aufgeweichten Stoff für ansteckend hält, weil der Favusstoff in flüssigen Zustand sehr schnell versetzt wird, sondern dass dieser Stoff im höchsten Grade getrocknet und gleichsam gepulvert sein müsse, um wirklich kontagiös zu werden. Er bezweifelt nicht, dass eine wollene Mütze, die ein Grindköpfiger einige Zeit getragen, am besten geeignet sei, die Krankheit zu verbreiten; eben so Betten, Kleidungstücke und die innige Berührung der Köpfe. Allein nicht nur die im kranken Follikel enthaltene Materie ist nach Hrn. M. ansteckend, sondern es giebt auch nach ihm eine Art Miasma oder ansteckender gasiger Ausfluss oder sogenannte ansteckende Atmosphäre des Kranken, für welche jedoch, um davon angesteckt zu werden, eine gewisse Prädisposition nöthig sei.

Zu den bisher angegebenen Ursachen des Favus gehört auch die Vererbung; es giebt in der That Familien, in denen der Grind mehrere Generationen hindurch herrschend ist, indessen bleibt fraglich, ob in solchen Fällen nicht eher eine direkte Uebertragung von Vater und Mutter auf die Kinder oder von Geschwistern auf einander zu beschuldigen ist. — Volles kräftiges Haar schützt mehr vor Ansteckung als dünnes, und blond- oder rothhaarige Kinder sind mehr dazu geneigt als dunkelhaarige; manche Subjekte, namentlich die lymphatischen, scheinen mehr zum Grinde prädisponirt als andere.

Die Diagnose und Prognose des Favus übergehen wir; es braucht nicht erst gesagt zu werden, dass der Erbgrind eine höchst widerliche, hartnäckige und bösartige Krankheit ist. Von viel grösserer Wichtigkeit ist für uns die Behandlung.

Vergeblich hat man seit der ältesten Zeit versucht, den Erbgrind durch innere Behandlung zu heilen, man musste schon sehr früh zu örtlichen Mitteln seine Zuflucht nehmen. Bereits bei Galen und bei Celsus finden wir verschiedene örtliche Mittel angegeben, unter denen diejenigen, die die Haare vertilgen, die Hauptrolle spielen. Benutzt wurden dazu Operment, Arsenik, lebendiger Kalk, Kupfervitriol, Alaun u. s. w. Sehr vielen Anklang fand das Verfahren mit dem Käppchen oder der Kalotte, welches von Turner angegeben worden ist; es sollte dieses Verfahren nicht nur dazu dienen, die Haare zu entfernen, sondern auch das Uebel bis auf die Wurzel zu tilgen, und es hatte dasselbe sich sehr lange Zeit eines ungemeinen Beifalls zu erfreuen. Man wendet es auf folgende Weise an: Man mischt in einer Schüssel 4 Unzen Roggenmehl und 1 Pint weissen Weinessig, setzt es ans Feuer und rührt es beständig um, darauf fügt man ½ Unze Grünspahn hinzu und lässt es eine halbe Stunde mässig kochen; jetzt setzt man 4 Unzen Harz und 6 Unzen Burgunderpech hinzu. Nachdem Alles gehörig geschmolzen und zusammengerührt worden, bringt man in die Mischung 6 Unzen fein gepulverten *Aethiops antimonialis* und rührt es so lange um, bis es gehörige Pflasterkonsistenz erlangt hat. Damit bestreicht man etwas starkes schwarzes Leinen- oder Seidenzeug und schneidet dieses in mehrere Streifen, die man so auf den Kopf auflegt, dass er wie mit einem Käppchen bedeckt zu sein scheint. Vorher muss man die Haare der Kopfhaut so nahe wie möglich abgeschnitten und die Krusten mit Kataplasmen abgeweicht haben. Nach drei oder vier Tagen reisst man die Pflasterstreifen gewaltsam los und zieht alle Haare damit aus, die daran kleben bleiben;

man legt ein neues Pflaster auf, und wiederholt dieselbe Prozedur nach 2 — 3 Tagen; und so verfährt man bis der Kopf ganz kahl und rein ist, welches oft erst nach einigen Monaten geschieht. Diese entsetzliche, grausame Tortur, wie dieses rohe Verfahren, an welches sich der noch jetzt übliche Gebrauch des Pechpflasters zu demselben Zwecke direkt anschliesst, genannt werden muss, ist nichtsdestoweniger sehr wirksam bei frischen Fällen von Erbgrind, und bei kräftigen, gesunden Kindern, die etwas aushalten können.

Lorry hält es für sehr nothwendig, der topischen Behandlung erst eine allgemeine vorauszuschicken, und zwar besonders durch Abführmittel, blutreinigende Kräuter, Antimonialien und Merkurialien, und durch sehr strenge Diät. In Bezug auf örtliche Behandlung scheint ihm die Entfernung der Haare oder die Epilation auch nothwendig zu sein; er verwirft aber sowohl die Behandlung mit der Kalotte oder mit dem Pechpflaster als auch mittelst der Zange, und zwar blos, weil ihm diese Verfahrungsweisen gar zu grausam erscheinen. Konzentrirten Weinessig, den Alexander Massarias empfohlen hat, tadelt er, da solcher leicht sowohl auf die Haare als auch auf den unterliegenden Knochen zu kauterisirend oder zu zersetzend wirken könnte. Lorry's örtliche Mittel bestehen hauptsächlich in Alkalien, die entweder in Waschwassern oder Umschlägen, oder in Einstreupulvern oder in Form von Salben und Pflastern angewendet werden.

Auch Alibert hält eine innere Behandlung des Erbgrindes für sehr wichtig; er verfährt wie gegen eine chronische schleichende Entzündung, lässt Schwefelbäder gebrauchen, und giebt eine kräftige, aber nicht aufregende Nahrung. Die Kalotte oder das Pechpflaster verwirft er, wie überhaupt jede andere gewaltsame Ausziehung der Haare; er verordnet Kataplasmen, Kleienbäder, und dabei entweder Schwefel oder Alkalien, die auch er für sehr nützlich hält. Den Kopf lässt er, nachdem die Haare bis auf die Haut abgeschnitten worden, mit einem aus gleichen Theilen Leinsaamenmehl und eben solchem Wachholdermehl bereiteten Pulver dick bestreuen, und eine Kappe von Rindsblase aufsetzen. Saucerotte, der dieselbe Methode befolgt, lässt die genannten Stoffe mit eben so viel zerriebenen Lorbeerblättern eine halbe Stunde lang zusammenkochen. Ist die Kopfhaut ein wenig exkoriirt, so wird sie mit Rosenpomade bestrichen.

Es ist kaum glaublich, dass ein so mildes Verfahren die wahre Tinea heilen kann, allein sie hat das Gute, dass sie die erste gewesen, die die Ausreissung des Haars auszuschliessen versuchte; seit

der Zeit ist man nur in sehr wenigen Schriften auf dieses grausame Mittel zurückgekommen. Man hat dagegen neuere Mittel in Vorschlag gebracht und oft mit gutem Erfolge angewendet, namentlich die Salben von Jodschwefel, Jodblei, Theersalbe, Zinksalbe u. s. w., welche Mittel besonders in der Biett'schen Klinik geschickt gehandhabt werden, und deren sich auch Hr. Gibert bedient, der nur noch ein inneres depuratives Verfahren und Fontanelle hinzufügt.

Das Verfahren, das Hr. Gruby vorschlägt, hängt mit seiner Theorie zusammen, und soll einigen Erfolg gehabt haben; er will nämlich, dass man überall den Favusschorf, wo er sich bildet, sogleich fortnehme, aber sehr behutsam, und so vorsichtig, dass durchaus kein Partikel zurückbleibe. Es kann dieses nur mit einem eigens dazu bestimmten Instrumente geschehen, und sicherlich nur an Stellen, wo keine Haare hervorwachsen, weil diese das Abnehmen des Schorfes verhindern, oder mit herausgerissen werden müssten, was dann nichts Anderes wäre, als wieder das alte grausame Verfahren. Andere Autoren versuchten dieses durch Aetzmittel zu erreichen; Rayer liess erst die Krusten durch Kataplasmen abweichen, und dann die Stellen mit Höllenstein ätzen; von Anderen wurden zu diesem Behufe konzentrirte Säuren gebraucht. In der That scheint auch das Kauterisiren höchst nothwendig zu sein, weil das Zurückbleiben des kleinsten Partikels die Krankheit wieder hervorruft.

Hierin liegt aber auch der Grund, warum der Favus auf der Kopfhaut, wo er am häufigsten seinen Sitz hat, viel schwerer zu heilen ist, als wenn er am Rumpfe oder an glatten Stellen vorkommt, und es ergiebt sich ferner daraus, warum das Haarausreissen, selbst nach Rayer's Geständniss, immer noch eins der kräftigsten und sichersten Mittel bleibt. Nach den Ansichten von Gruby würde die Wirksamkeit solcher Epilation ebenfalls leicht zu erklären sein. Die meisten der in verschiedenen Schriften angegebenen, so wie durch Empirie bekannt gewordenen Formeln zu Salben, Pflastern u. dergl. sind meistens nur darauf berechnet, die Haare oder die Krusten zu zerstören, und den Boden zu modifiziren; mehrere von diesen Formeln werden noch angegeben werden.

In Frankreich hat sich das Verfahren der Gebr. Mahon einen ungeheuren Ruf erworben und behauptet noch jetzt die Ueberlegenheit über alle übrigen Heilarten, theils durch die konstanten glücklichen Erfolge, theils durch die sehr vortheilhafte Modifikation, welche die

kranke Haut dabei erleidet; der Verf. hat dieses Verfahren genau geschildert, und wir wiederholen daher seine Worte:

„Nachdem die Haare etwa bis zu 2 Zoll von der Kopfhaut, oder mit anderen Worten, bis zu 2 Zoll Länge verschnitten worden sind, damit sie später desto leichter mittelst eines Kammes herausgeschafft werden können, werden die Krusten mit Schweinefett oder mit Leinsamenkataplasmen abgelöst. So wie dieses geschehen ist, wird der Kopf mit Seifenwasser gewaschen; das Einfetten und Waschen wird fortgesetzt, bis die Kopfhaut vollständig gereinigt ist. Nun erst beginnt der zweite Akt, nämlich die allmälige und schmerzlose Wegschaffung der Haare aus den Favusstellen. Dazu haben die Herren Mahon eine eigene Salbe, welches Epilatorium alle 2 Tage angewendet und je nach dem Bestehen des Favus eine längere oder kürzere Zeit fortgesetzt wird; in den Zwischentagen, zwischen der Anwendung der epilatorischen Salbe, fährt man mit einem engen Kamm wiederholentlich durch die Haare, die sich mit Leichtigkeit loslösen. Nachdem man 14 Tage so verfahren hat, werden einmal in der Woche einige Prisen eines epilatorischen Pulvers, das die Herren Mahon besitzen, zwischen die Haare eingestreut; am Morgen darauf kämmt man von Neuem die kranken Stellen und schmiert darauf sogleich die epilatorische Salbe ein. Nach Verlauf von 4 — 6 Wochen wird die bisherige epilatorische Salbe durch eine viel kräftigere ersetzt, mit der man ebenfalls alle 2 Tage eine Einreibung macht. Hat dieses Verfahren gehörige Wirkungen gehabt, so wendet man die Salbe nur einmal die Woche an, und man setzt dieses so lange fort, bis alle Röthen der Haut vollkommen verschwunden sind. An den Tagen, an denen man keine Einreibung macht, wird der Kranke ein- oder zweimal mit der Vorsicht gekämmt, den Kamm nicht zu sehr aufzudrükken, und ihn lieber jedesmal mit Oel oder Schmalz zu tränken. Schade, dass die Herren Mahon noch bis jetzt für sich behalten haben, woraus ihre epilatorischen Salben und Pulver bestehen; es ist dieses um so mehr zu bedauern, da sie Tausende von Grindkranken geheilt haben, von denen Viele Jahre lang vergeblich auf andere Weise behandelt worden sind, und da die von ihnen angewendeten Mittel niemals den geringsten Nachtheil brachten, ja selbst nicht einmal den Haarwuchs gänzlich vernichteten."

Es werden am Schlusse dieses Artikels einige Formeln des Verfassers angegeben werden, die eine Aehnlichkeit mit denen der Herren Mahon haben sollen. Den einzigen Einwand, den man diesen Herren machen könnte, bestände darin, dass sie nur ein rein örtliches Verfahren üben, und die Anwendung allgemeiner Mittel gänzlich vernachlässigen, und in der That haben sich an mehreren der von den Herren Mahon Geheilten späterhin Furunkelbildungen, Drüsenanschwellungen, Ophthalmieen u. s. w. gezeigt, und es ist daher wohl räthlich, mit dem Mahon'schen Verfahren eine depurative Heilmethode zu verbinden.

II. Vom Skrophelgrind (*Gourmes scrophuleuses*).

Nachdem der Verf. ein Weites und Breites über die Natur der Skropheln und über ihre Entstehung gesprochen hat, ohne dass wir etwas Neues daraus entnehmen konnten, nachdem er sogar das Lymphsystem, die Chylus- und Blutbereitung sorgfältig beschrieben hat, geht er zu denjenigen Skrophelerscheinungen über, die ihm in das Bereich seiner Darstellung hinein zu gehören scheinen. Folgende 4 Arten nämlich 1) die Hautskrophel, 2) die oberflächliche Drüsenskrophel, 3) die Schleimhautskrophel, und 4) die Gelenkskrophel, bilden die 4 Arten, mit denen er, wie er behauptet, sich zu beschäftigen habe. Ob aber alle diese in ein Werk über Grindformen oder Hautausschläge überhaupt hineingehören, ist eine Frage, die der Verf. schwerlich wird bejahen können.

Zu der Hautskrophel zählt der Verf. den Lupus oder Esthiomenos und verschiedenartige Ulzerationen. Nach dem Verf. reduziren sich die der Hautskrophel charakteristischen Elementarveränderungen: 1) auf kutane und subkutane Tuberkeln, und 2) auf sogenannte kalte primäre Abszesse; aus ersteren ergiebt sich der Lupus und manche Ulzerationsform, und aus letzteren ebenfalls verschiedene Geschwüre, Fisteln und tiefe Gänge.

Die kutanen Tuberkeln, welche zu skrophulösen Ulzerationen führen, sind von Rayer genau beschrieben worden; sie entwickeln sich auf allen Theilen des Körpers, am häufigsten aber auf dem Antlitze, dem Halse und den oberen Gliedmaassen; sie sind entweder isolirt oder gruppirt.

Wir wollen uns bei der Beschreibung dieser Tuberkeln nicht weiter aufhalten; man findet sie, wie gesagt, bei Rayer genau geschildert; einzelne Geschwüre mit skrophulösem Charakter oder kriechende skrophulöse Ulzerationen sind die Folgen. Eine der übelsten Formen der ersteren ist der Lupus oder Esthiomenos (*Herpes terebrans, perforans, vorax*), und eine der übelsten Formen der anderen ist der *Lupus serpens, repens, superficialis* (wohl identisch mit der Radesyge); die minder bösartigen Formen sind die gewöhnlichen skrophulösen Hautgeschwüre, die man so häufig bei skrophulösen Individuen antrifft. — Die subkutanen Tuberkeln führen zu ähnlichen Formen, ausserdem zu kalten Abszessen, Karies u. s. w. — Wir übergehen alles das, was der Verf. über die skrophulösen Affektionen der Schleimhäute, der Drüsen, der Knochen und Gelenke angiebt.

Die Behandlung ist die gegen mehr oder minder eingewurzelte

Skrophulosis überhaupt empfohlene. Nur der örtlichen Einwirkungen auf den Lupus müssen wir noch gedenken. Die meisten dazu benutzten Mittel sind Escharotika oder Exsitantia: Dippel'sches Thieröl, Silbernitrat, Aetzkali, Spiessglanzbutter, saures Quecksilbernitrat, Arsenik und das Glüheisen. Will man eine nur geringe und nicht schmerzhafte Kauterisation vornehmen, so fahre man mit einem in Dippel'sches Thieröl getauchten Pinsel, oder mit einem Höllensteinstift darüber her. Zu tieferer Wirkung passt der Arsenik oder das Quecksilbernitrat; bei Kindern passt nach dem Verf. das Dupuytren'sche Arsenikpulver, das in der Dicke eines Millimeters aufgetragen wird und soll nach dem Verf. besonders beim Lupus der Kinder anzuwenden sein; dagegen das Cosme'sche Mittel mehr bei Erwachsenen und eingewurzeltem Lupus passen soll. — Der Verf. kennt entweder das *Zincum muriaticum* nicht, oder hat nicht daran gedacht; Ref. kann versichern, dass das salzsaure Zink als Aetzmittel allen Erfordernissen entspricht, ohne irgend einen der Nachtheile und Gefahren zu haben, welche der Arsenik haben kann.

III. Von dem Syphilisgrind (*Gourmes syphilitiques*).

Es ist in diesem Abschnitte von den syphilitischen Hautausschlägen die Rede. Es ist dieses ein so grosses, ein so wichtiges Gebiet, dass ein wenige Bogen umfassendes Kapitel unmöglich genügen, zumal wenn der Verf. noch für Dinge, die gar nicht wesentlich sind, namentlich für das Geschichtliche, die Propagation der Syphilis u. s. w., den grössten Theil des Raumes in Anspruch nimmt. Neues finden wir, aufrichtig gestanden, gar nicht darin.

Zum Schlusse dieser Analyse noch einige minder bekannte Rezeptformeln von berühmt gewordenen Mitteln.

1) Antiskorbutisches Bier für Kinder, im *Hôpital des Enfans* gebräuchlich:

℞ *Rad. Armorac.*
Spirit. Cochlear. āā part. 32,
Strobil. Pini
Herb. Cochlear. āā part. 16,
Cerevis. rec. amar. part. 2000.
C. C. M. macerentur per 5 — 6 dies, colentur et conserv.; S. Mehrere Tassen täglich zwischen den Mahlzeiten.

2) *Syrupus antiherpeticus:*

℞ *Herb. Centaur. minor.*
Herb. Fumariae
Stip. Dulcamar. āā
Coq. et evapor. ad consistent. Syrup. liquidi adde
Rad. Rhei,
Ferri jodureti q. v.
Syrup. Sacchar. q. s. ad saporem gratum.
MDS. Nach Umständen theelöffelweise.

3) *Syrupus depurativus:*

℞ *Ferri joduret.*
Aloës
Cort. Daphnes Mezer.
Rad. Sarsaparill.
Kali carbonic. āā
Syrup. Sacchar. q. s. ad saporem gratum.
DS. Nach Umständen die Dosis.

4) *Syrupus antiscrophulosus* (Trousseau):

℞ *Ferri citrat.* part. 1,
Syrup. Sacchar. part. 250.
MS. 1 — 2 Theelöffel in 24 Stunden.

5) Mittel zum Vertilgen der Haare:

a) ℞ *Calcar. rec. extinct.* part. 30,
Kali subcarbon. part. 60,
Carbon. lign. part. 4.
M. f. pulv. S. Dieses Pulver wird auf dieselbe Weise angewendet, wie das epilatorische Einstreupulver der Herren Mahon (Rayer).

b) ℞ *Natri carbon.* part. 8,
Calcar. rec. extinct. part. 4,
Axung. part. 32.
M. fiat Unguentum. S. Einige Skrupel einzureiben (Cazenave).

c) ℞ *Axung.* part. 64,
Natri venalis part. 12,
Calcar. extinct. part. 8.
MS. Morgens und Abends 2 — 8 Skrupel einzureiben.

6) **Einige andere Mittel gegen den Erbgrind:**

a) Waschwasser.

℞ *Aq. Calcis* part. 500,
Natr. sulphurat. part. 185,
Spirit. Vini part. 24,
Sapon. alb. part. 10.

M. l. a. S. Alle 2 Tage den kahlgeschorenen Kopf mit einer in dieser Flüssigkeit getränkten Leinwand umhüllt.

b) ℞ *Jodei puri* part. 0,10,
Spirit. rectif. part. 4,
Aq. destill. part. 500.

MS. Damit mehrmals die Grindstellen zu befeuchten.

c) Salbe.

℞ *Carbon. lign. pulv.* part. 30,
Flor. Sulphur. part. 60,
Axung. part. 160.

M. fiat Unguent.

d) ℞ *Natr. pur.* part. 90,
Kali sulphurat. part. 10,
Axung. liquefact. part. 90.

M. fiat Unguent.

e) Pulver.

℞ *Cinerum ligni recent.* part. 64,
Carbon. lign. pulverat. part. 32.

MS. Jeden Tag den Kopf damit einzustreuen (Mahon).

7) **Mittel gegen den Lupus:**

a) ℞ *Calomel. per vapor. parat.* part. 199,
Arsenic. alb. part. 1.

MS. Vorsichtig auf die Geschwüre aufzutragen.

b) ℞ *Styrac. liquid.*
Axung. āā part. 90,
Hydrarg. sublim. corros.
Tartar. stibiat. āā part. 4,
Tinct. Cantharid.
Pulver. Euphorb. āā part. 2.

M. l. a. fiat Ung. S. Salbe No. 1. (Die Salbe No. 2 enthält von jedem der 4 letzten Ingredienzen etwas mehr; beide Salben erzeugen eine sehr gute Eiterung.)

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôtel-Dieu* in Paris (Klinik von Prof. Chomel).

Ueber Masern und Scharlach, und über einige neue Merkmale für Diagnose und Prognose.

Die Masern kommen nur selten bei Erwachsenen vor. Ein Fall der vor Kurzem sich ereignete, gab dem Prof. Chomel Gelegenheit, sich besonders über diese Krankheit zu verbreiten; wir müssen zuerst den Fall mittheilen, weil aus diesen auch mancherlei zu lernen ist.

Der Kranke war ein Mensch von 25 Jahren, von guter Konstitution, seit 2 Jahren in Paris und bei einem Destillatör beschäftigt. Vor 2 Monaten lag er in einem Hospital am Nervenfieber erkrankt; vor 3 Wochen hat er dasselbe verlassen, und etwa 8 Tage darauf ging er nach dem Hospital zurück, um einen Freund, der dort noch krank lag, zu besuchen. Von heute vor 8 Tagen empfand er plötzlich ein Unwohlsein, eine allgemeine Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Des anderen Tages, am Montag, konnte er wie gewöhnlich seine Geschäfte verrichten, obwohl er sich ermüdet und kraftlos fühlte; an diesem Tage ass er auch noch wie gewöhnlich. Im Laufe des Tages bekam er ein Thränen der Augen, Halsschmerz und Schlingbeschwerde. Am Dienstag nahmen die Symptome zu, er war gezwungen, von der Arbeit zu gehen und sich ins Bette zu legen. Jetzt zeigte er auf dem Gesichte eine grosse Menge kleiner, nicht sehr erhabener Knötchen. Unterstützt von seiner Schwester, kam er zu Fusse ins *Hôtel-Dieu* und klagte über grosse Schwäche. Aller dieser Zufälle ungeachtet, ass er wie gewöhnlich, jedoch ohne Appetit, bis zum Tage seiner Aufnahme.

„An diesem Tage wurde der Kranke zuerst genau untersucht. Man fand den Körper mit blassrothen, ungleichen, nur kleinen Flecken bedeckt; von diesen Flecken hatten einige eine etwas kräftigere Röthe, andere waren blasser, und zwischen den Flecken hatte die Haut ihre natürliche Farbe. Einige dieser Flecke zeigten eine geringe, nur durch das Betasten fühlbare Erhabenheit über die Hautfläche. Die grösseren Flecke waren nur aus der Gruppirung mehrerer kleinen gebildet. Die kleinsten waren isolirt, und waren nicht grösser als eine Linse oder als ein Hirsekorn. Die Eruption zeigte sich besonders auf der Brust, dem Bauche, den Armen, den Oberschenkeln. Auf den Vorderarmen

weniger reichlich, war der Ausschlag im Gesichte grösstentheils schon verschwunden, und man konnte nur noch die Spuren davon sehen. Die Bindehaut etwas geröthet, ein dauerndes Thränen beider Augen; öfteres Niesen, Halsschmerz, eine gleichförmige Röthe der Schleimhaut, des Rachens und Schlundes; endlich Schmerz in der Gegend des Kopfes, und völliger Verlust der Stimme. Die Untersuchung der Brust ergab Folgendes: Pfeifendes Rasseln an der ganzen linken Brustseite, hinten und vorn; nicht so verbreitet an der rechten Brustseite, obwohl hier auch einige Blasen gehört werden. Einen ganz besonderen und durchaus eigenthümlichen Charakter hat der Auswurfsstoff; einem Arzte, der nicht mit dem Gegenstande genau vertraut ist, würde der Auswurf offenbar wie der eines Schwindsüchtigen erscheinen. Der Auswurf von vorgestern ist, wie Sie sehen, sehr reichlich, erscheint in grösseren Klumpen und wie gezackt (*dechiqueté*), mit dunklen Streifen durchzogen, gerade wie der Auswurf der Tuberkelschwindsucht. Seit einigen Tagen ist der Auswurf trüber geworden, als während der ersten Periode der Krankheit. Ohne Auskultation und Perkussion würde man von Schwindsucht überzeugt sein, allein diese Untersuchungsmethoden ergeben mit Bestimmtheit, dass die Lungen keine Tuberkeln haben; nur ein entzündlicher Zustand der Lungen, der zu einem solchen Auswurf Anlass giebt, ist anzunehmen. Der eben beschriebene Auswurf schwimmt auf einer grosser Menge schleimiger, halb durchsichtiger, zäher, sich in Fäden ziehender, etwas trüber Flüssigkeit, die wie Gummiwasser, mit etwas Milch versetzt, erscheint; bisweilen gleicht sie wirklich den Molken."

„Der Auswurf von gestern unterscheidet sich dadurch, dass er wenige flüssige Stoffe enthält, sondern noch dicker, gelber und noch mehr mit Streifen erscheint; die Farbe desselben spielte fast ins Röthliche. So weit gleicht der Auswurf vollständig dem der vorgerückten Schwindsucht; allein es giebt einen Punkt, wodurch man beide von einander unterscheiden kann. Denjenigen Anblick, welchen der Auswurfsstoff der Lungenschwindsucht darbietet, und den die Alten *Pituita diffluens* nannten, bietet der Auswurf bei unserem Kranken nicht dar. Die serös-schleimige Auswurfsflüssigkeit der Schwindsucht ist fast ganz durchsichtig, der Masernauswurf aber ist trübe. So gering dieses Unterscheidungsmerkmal auch zu sein scheint, so ist es doch bisweilen von grosser Wichtigkeit für die Diagnose. In den Fällen von Masern ohne Eruption, welche Sydenham *Febris morbillosa sine morbillis* nannte, findet man bei den allgemeinen Erscheinungen der Krank-

heit eine durchaus normale Haut ohne irgend eine Eruption. Bisweilen trifft man auch noch den morbillösen Charakter der Eruption auf der Schleimhaut des Mundes und Schlundes; allein erkennt man den Auswurf von eigenthümlichem Charakter, wie er beschrieben worden ist, so bleibt kein Zweifel mehr übrig. Es liegt, wie gesagt, in der Beschaffenheit und dem Aussehen des Auswurfs der Masernkranken, in der Form der trüben Flüssigkeit, auf welcher der Auswurf schwimmt, ein für die Diagnose der Masern auch dann sehr nützlicher Charakter, wenn die Eruption fehlt, oder wenn sie schon vorüber, oder sehr unbedeutend gewesen ist."

„Was die anderen Erscheinungen betrifft, so sind sie bei unseren Kranken nicht bedeutend gewesen. Die Fieberreaktion ist während der ersten Tage sehr heftig gewesen; des Morgens war der Puls bis auf 72 gefallen. Appetit fehlte fast ganz; ein bis zwei flüssige Ausleerungen täglich, etwas Husten, keine Dyspnoe, keine merkliche Beklemmung. Es hat, mit einem Worte, die Krankheit einen sehr gutartigen Charakter gehabt."

„Wie die Variole, so halten wir auch die Masern für eine ansteckende Krankheit. Eben so wie, unserer Ansicht nach, niemals die Variole sich primitiv in unseren Klimaten entwickelt, so glauben wir auch nicht an eine spontane Entwickelung der Masern ohne vorgängige Ansteckung. Der Grund, worauf wir uns stützen, ist zum Theil daraus entnommen, dass die Krankheit zu einer gewissen Zeit erst in der Geschichte aufgetreten, und in Europa, wo sie früher unbekannt war, sich verbreitet hat. Die Masern sind eine von anderswoher eingeschleppte Krankheit, und es ist allerdings möglich, dass sie an denselben Orten, wo sie früher bestanden hat, und unter denselben Umständen sich von Neuem wiedererzeugen kann. Wenn sie aber in ihrem Heimathsorte ganz von Neuem sich erzeugen kann, so geschieht das doch keineswegs bei uns; bei uns tritt die Krankheit herrschend hervor, weil sie durch Kontagion von Individuum auf Individuum übertragen wird. Am häufigsten befallen die Masern den Menschen nur einmal in seinem Leben. Es mag Ausnahmen von dieser Regel geben, aber sie sind äusserst selten, und so selten, dass die Aerzte dies selber bezweifelt haben."

„Die Diagnose der Masern ist von ziemlich grosser Wichtigkeit, und bisweilen so schwierig, dass wir wohl Einiges darüber sagen müssen. Es ist schon gesagt worden, dass Fälle vorkommen können, in denen die Eruption entweder schwer erkennbar, oder gar nicht vor-

handen ist. Die Natur des Auswurfs giebt ein Merkmal von grossem Werthe, obwohl von keinem Schriftsteller darauf besonders aufmerksam gemacht worden ist; ich habe es indessen lange schon gelehrt, und auf dieses Merkmal besonders aufmerksam gemacht. Die Charaktere der Eruption sind selbst auch nicht scharf genug beschrieben, als dass die Aerzte nicht bisweilen einen Irrthum in der Diagnose begehen sollten. Gar nicht selten findet man, theils in den Hospitälern, theils in der Privatpraxis, Kranke, die von Einigen für masernkrank, von Anderen für scharlachkrank gehalten worden sind. Allein diese beiden Eruptionen, nämlich die Masern und das Scharlach, zeigen sich nicht immer auf dieselbe Weise, und es ist sehr nothwendig, alle Erscheinungen genau zu erwägen, um die Diagnose fester zu begründen."

„Beim Scharlach giebt es eine Zeit, in der die ganze Körperoberfläche roth ist, als wenn die Haut von Himbeersaft überzogen worden wäre. Bliebe die Färbung immer so, so wäre die Diagnose sehr einfach und leicht; allein wird man gegen das Ende der Krankheit hinzugerufen, so erscheint die Haut nur wie roth punktirt. Ja man trifft Kranke an, welche während der ganzen Dauer des Scharlachs nur dieses punktirte Ansehen zeigen; ich spreche allerdings nicht von dem Zustand der Mund- und Rachenschleimhaut. Es giebt Fälle von *anomalem* Scharlach ohne Angina, ohne Röthung des Rachens und der Zunge, und zwar sind diese Fälle nicht selten; aber es giebt ein Zeichen, auf das vielleicht wenig Aerzte achten. Das Scharlach ist mit einer Anschwellung der Hände begleitet, die man bei den Masern nicht antrifft; diese Anschwellung der Hände ist ein sehr wichtiges äusseres Zeichen. Ziemlich häufig trifft man auch bei den mit Scharlach behafteten Individuen an gewissen Theilen des Körpers, in der Lendengegend, an den Achselgruben, und in der Nähe der Gelenke, eine Miliareruption an; diese Eruption von Miliarbläschen findet man nie bei den Masern, und immer, wenn sie vorhanden ist, kann sie als ein sehr nützliches diagnostisches Merkmal gelten. Dagegen findet sich bei den Masern eine andere eigenthümliche Erscheinung, nämlich nicht selten sieht man Flecke unter der Form von Ekchymosen unter der Haut. Beim Scharlach verschwindet die Röthe nicht auf den Druck, aber nie geht sie bis zur Ekchymose, wie bei den anomalen Masern."

„Selbst wenn das Scharlach als punktirte Eruption erscheint, so giebt es doch noch zwischen ihm und den Masern gewisse unterscheidende Charaktere, die zur Diagnose vollkommen hinreichen. Die Masernflecke sind immer unregelmässig, unsymmetrisch, von verschiedener

Form, Grösse, Färbung und Erhebung. Wenn diese Unregelmässigkeit nicht für alle Flecke konstant ist, so kann man sie doch sogleich deutlich erkennen, wenn man eine grössere Fläche des Körpers überschaut, wo man dann an der einen oder der anderen Stelle diese Unregelmässigkeit deutlich wahrnimmt. Selbst in den Fällen, in welchen man nicht früher gerufen worden, als bis die Masern schon im Abnehmen begriffen sind, findet man diese Charaktere noch ganz genau. Einige Autoren haben auf die halbmondförmige Gestaltung der Masernflecke eine grosse Wichtigkeit gelegt, allein diese Gestaltung ist nicht immer nachweisbar, und auch nicht wichtiger als jede andere Gestaltung der Flecke; den eigentlichen diagnostischen Werth giebt die Unregelmässigkeit und der Mangel an Symmetrie der Flecke, oder die grosse Verschiedenheit, welche die einzelnen Flecke gegen einander in ihrer Form, ihrer Grösse, ihrer Färbung und ihrer Erhebung darbieten. Beim Scharlach hingegen ist die Färbung entweder eine gleichförmige, als wenn die Haut, wie schon gesagt, mit Himbeersaft überstrichen wäre, oder sie besteht in Punkten, die aber so regelmässig sind, als wie die Punkte auf dem sogenannten Malergranit, sie sind nicht erhaben, ziemlich von gleicher Grösse, von gleicher Farbe, und diese Regelmässigkeit ist es, wodurch sie sich von den Masernflecken unterscheiden."

„Auch im Verlaufe beider Krankheiten findet man wichtige unterscheidende Merkmale. Nimmt man von jeder Krankheit alle Erscheinungen zusammen, so erkennt man, dass die Fälle, in denen die Diagnose zweifelhaft sein kann, sehr selten sind; höchstens sind es solche Fälle, von denen man nicht genau sagen kann, ob die Krankheit einfach oder komplizirt ist. Bei den Masern geschieht die Abschuppung in kleinen Schuppchen; beim Scharlach geschieht sie in grösseren oder geringeren Fetzen, und auf den Händen besonders fast in Form von Handschuhfingern. Allerdings käme die Diagnose, wollte sie sich allein hierauf begründen, etwas spät, allein immer noch nicht zu spät, um Nachkrankheiten, die beim Verschwinden des Ausschlags folgen können, zu verhüten. Bekanntlich sind die Nachkrankheiten des Scharlachs und die der Masern nicht dieselben. Zu denen, die auf das Scharlach am häufigsten folgen können, und die eine ganz besondere Vorsicht erfordern, gehört die Wassersucht, welche sich am häufigsten unter dem Einflusse von Erkältung, oder von Temperaturwechsel bildet, und welche man durch Wärme und durch Unterhaltung einer immer gleichen Temperatur im Krankenzimmer verhütet. Man

hat auch Fälle von Masern angeführt, auf welche Wassersucht folgte. Aber wenn dieser Fall vorkommt, so ist entweder eine Beimischung von Scharlach vorhanden gewesen, worauf man nicht Acht gehabt hat, oder es hat eine ganz ungewöhnliche Komplikation stattgefunden. Man hat auch angegeben, dass sich leicht Lungenschwindsucht nach den Masern entwickele; ich gestehe, dass ich oft zu jungen Subjekten gerufen worden bin, die kurz vorher die Masern gehabt hatten, und bei denen man wegen Lungenschwindsucht in Angst war. Indessen überzeugten wir uns in mehreren Fällen, dass die Symptome, durch die man in Angst gerieth, und auf die man die Furcht vor einer beginnenden Lungenschwindsucht stützte, sich nur auf den akuten Zustand bezogen, und dass sich keineswegs in so kurzer Zeit ein Tuberkelleiden entwickelt hatte, welches das Leben bedrohen konnte; meistens war es nichts Anderes als die etwas in die Länge gezogene Masernkrankheit, die durch den sie begleitenden Auswurf jene Befürchtung erregte."

„Bei dieser Gelegenheit kann ich nicht umhin, noch einmal meine Verwunderung zu erkennen zu geben, dass man über diesen Masernauswurf und seine Unterscheidung vom Auswurf der Schwindsüchtigen bei den Schriftstellern so wenig findet. Ich glaube, der Grund liegt darin, dass man die Masern immer nur bei Kindern der Beobachtung unterwarf. Vor dem 8 — 10ten Jahre aber werfen Kinder nicht aus, sondern verschlucken den ausgehusteten Auswurfsstoff, weshalb dieser nie genau besichtigt werden konnte."

„Im Allgemeinen lassen die Masern eine bessere Prognose zu als das Scharlach; erstere sind nicht mit den Halsschmerzen, diesen heftigen und bösen Anginen begleitet, die das Scharlach darbietet. Indessen sind auch die Masern nicht ohne Gefahr, wenn sie nicht einen ganz gesunden Körper befallen. Die sekundären Masern, nämlich diejenigen, welche während des Verlaufs einer anderen Krankheit, oder kurz nach einer solchen eintreten, sind bösartiger als die primitiven Masern."

„Die Behandlung der Masern und des Scharlachs unterscheidet sich nicht von der der akuten Krankheiten. Nur einen Punkt giebt's, den man im Auge behalten muss, nämlich die Sparsamkeit der Blutentziehung. Man muss sich hüten, unnützerweise Blut zu entziehen; nur der allerstrengsten Indikation muss man nachgeben, und auch dann nur sehr mässig sein. Dagegen kann man der Revulsivmittel sich mit Kraft bedienen; alle Hautreize sind von grossem Erfolge. Besonders

wenn innere Organe ergriffen sind, oder die Eruption verschwinden zu wollen scheint, zeigen wandelnde Rubefacientia eine fast wunderbare Wirkung."

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

1. Ueber angeborene und zufällige Katarakt der Kinder.

Im vorigen August befanden sich in den Sälen, die unter dem genannten Professor stehen, zwei am grauen Staar leidende Kinder; diese gaben dem Prof. Gelegenheit zu mehreren interessanten Bemerkungen über die angeborene und erlangte Katarakt der Kinder.

„Das erste der beiden Kinder war ein Knabe, 12 Jahre alt, von guter Gesundheit und guter Konstitution. Nach Aussage seiner Eltern und nach seinen eigenen Antworten zu urtheilen, scheint er nie an Ophthalmie gelitten zu haben. Seit einiger Zeit hat er eine Beschäftigung, welche bei einem Erwachsenen vielleicht als Ursache von Augenleiden betrachtet werden könnte, welche aber bei ihm diese Wirkung nicht gehabt hat, nämlich die Beschäftigung eines Pastetenbäckers. Wir müssen darum von diesem Knaben sagen, dass auf ihn diese seine Beschäftigung den Einfluss nicht haben konnte, welchen sie auf Erwachsene zu haben pflegt, denn die Erwachsenen sind es bei den Pastetenbäckern allein, welche der Hitze des Backofens und dem blendenden Lichte des Feuers ausgesetzt sind, während die Kinder niemals am Ofen selber beschäftigt werden. Demnach scheint mit vollem Rechte bei diesem Knaben angenommen werden zu können, dass seiner Beschäftigung die Entwickelung der Katarakt nicht im geringsten zuzuschreiben ist, zumal da nach Aussage des Knaben er meist ausser der Werkstätte beschäftigt gewesen ist. Zu bemerken ist hier noch, obwohl vielleicht auch ohne alle Bedeutung, dass die Grossmutter des Knaben auf beiden Augen am grauen Staar gelitten hat. Bei diesem Knaben ist auf dem rechten Auge der Staar wohl ausgebildet; er unterscheidet Tag und Nacht, und erkennt es, wenn dunkle Körper zwischen sein Auge und das Licht gebracht werden, kann aber keinen Gegenstand unterscheiden."

„Der zweite kleine Kranke ist 8 Jahre alt; seine Katarakt ist angeboren, und es ist interessant zu sehen, wie der Knabe sehr ge-

schickt sich seiner Hände bedient, um sich überall durchzuleiten, und die Gegenstände, deren er habhaft werden will, zu erreichen. Nur unvollkommen unterscheidet er Tag und Nacht, und empfindet nur dunkel das Licht, das man vor sein Auge stellt; aber man bemerkt an ihm einen Umstand, der bei den an angeborener Katarakt leidenden Kindern sehr häufig ist, sobald sie das siebente oder achte Jahr erreicht haben, ohne operirt worden zu sein. Das Auge nämlich wird kleiner und scheint eine Neigung zur Atrophie zu haben. In der That hat dieser Knabe viel kleinere Augen als in diesem Alter gewöhnlich zu sein pflegt; noch viel deutlicher war diese Verkleinerung der Augen an zwei Kindern zu sehen, die ein Jahr vorher als staarblind im Hospitale sich befanden und ungefähr 9 Jahre alt waren."

Im Betreff der Aetiologie des grauen Staars in der Kindheit, behauptet der Prof. nach seiner Erfahrung, dass die angeborene Katarakt in der Kindheit viel häufiger ist, als die andern Arten, als die traumatische Katarakt z. B., und besonders als die später von selbst sich bildende Katarakt, ohne dass diese letztere selber etwas Seltenes wäre. Nach den Autoren, welche sich mit der Pathologie der Kinderkrankheiten beschäftigt haben, soll die Erblichkeit auf die Entwickelung der angeborenen Katarakt einen sehr grossen Einfluss haben. Bei dem ersten der beiden Knaben mag diese Ursache einige Geltung haben, insofern seine Grossmutter an Doppelkatarakt gelitten hatte. Indessen wäre der Schluss, den wir daraus ziehen könnten, noch immer kein unzweifelhafter, da noch nicht einmal erwiesen ist, ob bei diesem ersten Knaben die Katarakt auch wirklich eine angeborene war. Wenn die Katarakt traumatisch ist, und diese Form ist bei Kindern gar nicht so überaus selten, so beschränkt sie sich meistens auf eine Seite, und verläuft unter diesen Umständen sehr schnell; auch bemerkt man alsdann Veränderungen der Iris, namentlich Adhäsionen und Unbeweglichkeit derselben. Ganz besonders hat man als prädisponirende Ursache der Katarakt der Kindheit den Einfluss eines sehr lebhaften Lichts auf die Augen des Neugeborenen betrachtet. Ohne geradezu den nachtheiligen Einfluss dieser letzteren Ursache zu leugnen, will der Prof. sie doch nur als sehr problematisch anerkennen; er glaubt nicht, dass ihr so sehr viel zuzuschreiben sei. Die Kinder, bei denen sich die Katarakt von selber entwickelte, waren sehr skrophulös, oder wenigstens von einer überaus lymphatischen Konstitution.

Was die Symptome und die Diagnose betrifft, so ist darüber wenig zu sagen; sie sind in allen Altern dieselben. Worüber der Prof.

aber hier besonders sich aussprechen zu müssen glaubte, ist die an den Symptomen und deren Entwickelung zu bestimmende Zeit für die Operation. „Die Symptome", sagt der Prof., „sind allerdings für die Katarakt meist immer dieselben, aber ihre weitere Entwickelung in der Kindheit stellt es nicht frei, die Operation aufzuschieben, so lange man will. Wenn Sie, m. H., zu einem an angeborener oder traumatischer Katarakt, oder idiopathischer Katarakt leidenden Kinde von sehr zartem Alter gerufen werden, was können und was werden Sie thun? Müssen Sie operiren so früh als möglich, oder müssen Sie warten, bis das Kind sieben oder acht Jahre alt, oder vielmehr, bis es reif genug ist, die Nothwendigkeit einer Operation zu begreifen, und sich ihr mit Ernst und Ausdauer zu unterwerfen? Ich muss gestehen, dass ich den meisten Autoren beistimme, nämlich man müsse so früh operiren wie möglich, vorausgesetzt, dass die Katarakt, wenn sie eine nicht angeborene ist, ihre gehörige Reife erlangt hat. Bei angeborener Katarakt ist offenbar die Aussicht für den guten Erfolg der Operation viel geringer, je länger man wartet, weil die Netzhaut aus Mangel an Thätigkeit immer mehr paralysirt werden muss, je länger der Staar dauert. Auch wird man durch ein frühzeitiges Operiren die Tendenz zur Atrophie des Augapfels, wovon wir schon mehrere *Beispiele* gesehen, vernichten. Endlich hat das Kind, wenn es im 7ten oder 8ten Jahre operirt wird, mit dem Gesichtssinne, der bei ihm, so zu sagen, noch nicht vorhanden gewesen ist, sich neu einzuüben, und diese Einübung ist viel peinlicher und schwieriger in einem Alter, in dem die Kinder schon urtheilen wollen, als wenn sie allmälig mit dem Sinne zugleich aufwachsen und sich entwickeln. Wird das Kind spät operirt, so dauert es sehr lange, ehe es einen Begriff von den Entfernungen bekömmt; wird es früh operirt, so fungirt das Auge vollständiger, und zwischen der Entwickelung dieses Sinnes und der übrigen Sinne und Verrichtungen tritt eine für Körper und Geist wohlthätige Harmonie ein; Sie haben bemerkt, was es heisst, wenn einer der Sinne fehlt, z. B. das Gehör, wie dann die übrigen Sinne gleichsam die Funktion des fehlenden Sinnes mit übernehmen, sich übermässig schärfen, sich modifiziren, wie der Gang des Menschen, seine Denkweise, sein ganzes Wesen dadurch eine Veränderung erleidet und eine gewisse Eigenthümlichkeit erlangt. Allerdings lässt sich, wenn im 7ten oder 8ten Jahre erst der Staar operirt wird, von da an noch Vieles wieder gut machen, aber es geschieht dieses, wie ich schon sagte, leichter, besser mit geringerer Anstrengung, wenn früher operirt wird. Demnach bin

ich dafür, dass man bei Kindern, die am grauen Staar leiden, mit der Operation nicht wartet; ich habe diesen Grundsatz immer befolgt und ihn nie bereut; ich habe nicht nur Kinder von 2 Jahren, von 1½ Jahren operirt, sondern auch viel jüngere, nämlich Neugeborene."

„Noch ein anderer Punkt ist hier in Frage zu stellen. Wenn ein Kind nur an einem Auge Katarakt hat, soll man gleich operiren, wie der Staar reif ist, oder soll man warten, bis auch auf dem anderen Auge die Katarakt sich vollkommen ausgebildet hat? Die Ansichten sind hierüber getheilt. Einige Autoren glauben, dass man, wenn nur ein Auge staarblind ist, warten müsse, bis es das andere auch ist, und zwar deshalb, weil möglicherweise in Folge der Operation eine Augenentzündung entstehen, auf das andere Auge übergehen und eine unheilbare Blindheit erzeugen könnte. Meine Ansicht hierüber ist folgende: Wenn nur ein Auge kataraktös, das andere aber noch gesund ist, so würde man, sei es beim Kinde, bei einem Erwachsenen, oder bei einem Greise, sehr lange zögern müssen, wenn man warten wollte, bis auch auf dem anderen Auge sich eine Katarakt ausgebildet hat; die peinliche Lage, in welcher sich der Halbblinde befindet, würde demnach sich sehr in die Länge ziehen, ohne dass der Wundarzt irgend Hülfe gewähren könnte. Dazu kömmt noch, dass, wenn man die *Reife* beider Katarakte abwarten wollte, bevor man die Operation unternimmt, auf dem einen Auge der Staar mehrere Jahre, auf dem anderen aber erst einige Wochen alt zur Zeit der Operation sein kann. Diese verschiedene Dauer der Katarakt kann nicht ohne Einfluss auf die Sehfähigkeit der hinteren Theile des Auges, namentlich der Netzhaut, geblieben sein; es kann die Netzhaut des zuerst kataraktös gewordenen Auges in Folge seiner langen Unthätigkeit gelähmt, oder halb gelähmt geworden sein. Bleibt ein Beinbrüchiger in Folge besonderer Umstände 15 — 18 Monate liegen, ohne das Glied zu gebrauchen, so bedarf er nach der Heilung der Fraktur oft mehrerer Jahre, um sich des Gliedes wieder so zu bedienen, wie des gesunden, zumal da, wie die Erfahrung gelehrt hat, ein solches, lange Zeit ausser Thätigkeit gebliebenes Glied nicht nur an Aktivität, sondern auch an Stärke und Umfang abnimmt. Wenn man bei alten Leuten nach der Kataraktbildung auf dem einen Auge 7 — 8 Jahre warten wollte, bis die Katarakt auf dem anderen Auge sich ausgebildet hat, so wird man zwar, wenn man alsdann operirt, einen anscheinend ganz gleichen Erfolg auf beiden Augen erlangen, was Klarheit und Durchsichtigkeit dieser selbst betrifft; was aber die Sehfähigkeit betrifft, so wird man

finden, dass der Greis mit dem einen Auge gut, mit dem anderen aber fast gar nichts sehen kann."

„Man hat die Operation der Katarakt bei zu jungen Kindern deshalb gefürchtet, weil man glaubte, dass gewisse Augenkrankheiten, die bei Kindern häufig sind, namentlich die purulente Ophthalmie, sehr leicht folgen können; allein da man nicht genau an einen Tag gebunden ist, so kann man die Operation verschieben, bis die Augen von aller Entzündung frei sind. Ueberhaupt habe ich nicht bemerkt, dass bei Kindern Augenentzündungen häufiger seien, oder häufiger folgen, als bei Erwachsenen, ja ich glaube sogar, sie kommen bei den Kindern seltener vor. Die Prognose der Katarakt ist immer eine bedenkliche; denn wenn man nicht operirt, so bleibt das Subjekt blind, und operirt man, so kann man nicht den Erfolg voraus wissen. Eine genaue Erwägung aller Umstände, welche für die Operation günstig oder ungünstig sind, ist deshalb immer von grosser Bedeutung. Hat das Subjekt eine gute Konstitution, ist die Krankheit einfach, frei von jeder Komplikation, so würde die Operation immer günstig sein, und man braucht dann nicht mit ihr zu zögern. Ist aber das Subjekt schwächlich, von lymphatischem oder skrophulösem Temperament, hat das Subjekt an Ophthalmieen, an rheumatischen Uebeln gelitten, so hat man freilich weniger gute Aussicht. Eine üble Prognose auch giebt es, wenn in Folge der Katarakt, oder in Folge irgend einer anderen Ursache, der Augapfel seine Form und Grösse bedeutend verändert hat, missgestaltet ist, oder kleine Höcker gewahren lässt, welche ein Zeichen einer beginnenden Desorganisation sind; wenn ferner die Augenhäute der Sitz einer akuten oder chronischen Entzündung, oder eines Eiterausflusses sind, und endlich, wenn die Hornhaut eine Verdickung oder vollkommene Trübung zeigt. Vermuthet man zugleich mit der Katarakt eine vollständige oder wenigstens in der Ausbildung begriffene Amaurose, so ist die Operation natürlich unnütz.

Noch ein anderer Einwand gegen das frühzeitige Operiren bei Kindern ist die Befürchtung, dass ein zu junges Kind allerlei ungebührliche Bewegungen vornehmen könnte, welche einen nachtheiligen Einfluss auf die Operation und deren Erfolg haben würde. Der Prof. gesteht, dass ihm dieser Einwurf gar nicht gerechtfertigt erscheine. Er lässt den kleinen Kranken gewöhnlich von einem Gehülfen vor sich nehmen; ein anderer hinter diesem Gehülfen stehender fixirt den Kopf des Kindes. Manchesmal operirt er das Kind, während es auf dem Rücken liegt und von Gehülfen gehalten wird. Uebrigens glaubt

er, dass Bewegungen bei kleineren Kindern nicht mehr zu fürchten sind, als bei Kindern von 7—8 Jahren, denen das Festgehaltenwerden vielleicht noch peinlicher und beschwerlicher wird, als jenen.

„Soll die Katarakt durch Ausziehung oder Niederdrückung operirt werden? Wir wollen diese Frage nur in Bezug auf das Kindesalter erörtern. In diesem Alter muss man, wie uns scheint, immer die Depression verüben; die Gründe hierfür sind zahlreich. Die Kinder sind ungelehrig; haben sie noch nicht das Alter erreicht, in welchem sie die Nothwendigkeit, unbeweglich zu bleiben, begreifen, so überlassen sie sich ungeordneten Bewegungen, deren weder sie noch ein Anderer Herr werden kann, und die den Operationsakt sehr erschweren. Insofern ist also die Depression weniger gefährlich als die Extraktion, bei welcher leicht durch eine plötzliche und unvorhergesehene Bewegung des Kranken der Operatör eine bedeutende Verletzung der Iris oder ein Ausfliessen der Feuchtigkeiten des Auges bewirken kann. Ferner ist auch die entzündlichen Reaktion auf die Niederdrückung nicht so heftig als auf die Ausziehung, und endlich ist meistens in der Kindheit der Staar ein weicher. Hat der Staar keine Konsistenz, so wird die vordere Augenkammer, sobald nur die Staarnadel die Linsenkapsel durchschnitten hat, mit einer trüben Flüssigkeit angefüllt, welche dem Operatör nicht mehr gestattet, die Bewegungen seines Instruments im Innern des Auges zu verfolgen, und die Fragmente der Linsenkapsel gehörig zu besichtigen. In solchem Falle braucht der Operatör nur mit grosser Vorsicht zu verfahren, und mit der Nadel die gewöhnlichen rotatorischen und hebelförmigen Bewegungen vorzunehmen. In der vorderen Augenkammer ist bekanntlich die Absorption so kräftig, dass in wenigen Tagen die durch jenen Zufall bewirkte Trübung der wässerigen Feuchtigkeit vollkommen verschwindet. Die Absorption der vorderen Augenkammer wirkt nicht nur auf die Flüssigkeiten, sondern auch auf die Fetzen der Kapsel, die in kurzer Zeit verschwinden. Eines Tages wurde ich von einem derjenigen Pariser Augenärzte, welche sich durch ihre Ankündigungen an den Mauern der Häuser und durch ihre Lobpreisungen in den Tagesblättern einen Ruhm zu verschaffen wissen, zur Konsultation gerufen. Dieser Mensch wollte eine Katarakt mittelst der Depression operiren, allein durch ein unbegreifliches Manöver und durch seltene Ungeschicklichkeit hatte er den Krystallkörper ganz und gar in die vordere Augenkammer gebracht, und sich dann vergeblich bemüht, ihn aus dieser Höhle herauszuschaffen. Es war einige Tage nach der Operation, als ich hinzugerufen

wurde. In Betracht, dass keine Entzündung sich eingestellt hatte, die Linse dagegen mir kleiner zu sein schien, als sie dem Alter angemessen ist, erklärte ich, dass es besser sei, das Kind sich selber zu überlassen und Nichts zu thun. Als ich den Kranken einige Zeit später sah, war der Krystallkörper vollkommen absorbirt, und das Kind vollkommen geheilt. Noch eine andere Frage ist zu erwägen, nämlich ob man bei Kindern, die an beiden Augen kataraktös sind, sie beide an einem und demselben Tage operiren, oder ob man von der ersten zur zweiten Operation mehrere Tage warten solle. Viele Wundärzte operiren zuerst an einem Auge, und warten die vollständige Heilung desselben ab, ehe sie an das andere Auge gehen. Sie stützen sich hierbei auf die Erfahrung, dass, wenn nur ein Auge operirt wird, die Entzündung nicht so lebhaft ist, als wenn beide Augen zugleich operirt werden, weil das nicht operirte Auge gleichsam als Ableiter für das operirte diene. Es ist allerdings ganz richtig, dass es fast immer klug ist, nur ein Auge an einem Tage zu operiren, weil man den Kranken nicht in Gefahr setzt, ein Auge zu verlieren, welches aber leicht geschehen kann, wenn beide Augen an einem und demselben Tage operirt werden. So war wenigstens die Ansicht von Dupuytren. Nur in den Fällen weiche ich von dieser Regel ab, wo das Subjekt sich in dem besten Gesundheitszustand befindet."

„Zum Schlusse will ich nur noch kurz die Vorsichtsmaassregeln und die Behandlung nach der Operation anführen. Die Augen werden mit einem Vorhange bedeckt, das Bett wird mit dicken Gardinen umgeben, um alles Sonnenlicht abzuhalten. Sind die Subjekte schon in vorgerückterem Alter, haben sie eine gute Konstitution, so mache ich bisweilen am Tage einen Aderlass. Ich lasse das operirte Auge mehrere Tage verdeckt, ehe ich das Auge untersuche; dann aber nehme ich die Binde ab, bringe die Augenlider auseinander und betrachte das Auge; sonst füge ich noch den inneren Gebrauch von Purgirmitteln, Hautreizen und Merkurialmitteln nach Umständen hinzu, um das Hinzukommen einer Entzündung zu verhüten."

2. Ueber Hydrokele bei Kindern, deren Varietäten und Behandlung.

Es fanden sich 2 Kinder mit Hydrokele, und da diese Krankheit im kindlichen Alter eben so häufig ist wie bei Erwachsenen, so nahm Hr. Guersant Gelegenheit, sich über dieselbe auszusprechen.

„Es giebt, sagt der Prof., 3 Arten von Hydrokele, die sehr häufig in der Kinderpraxis vorkommen:

1) Die angeborene Hydrokele, welche mit der Bauchfellhöhle kommunizirt. Sie erscheint unter der Form einer renitenten, fluktuirenden Geschwulst, deren Durchsichtigkeit man leicht ermitteln kann. Bei einigem Druck auf den unteren Theil der Geschwulst verschwindet sie, indem die Flüssigkeit in die Bauchhöhle tritt. Hat man auf diese Weise die Geschwulst geleert, so braucht man das Kind nur schreien, gähnen, husten, oder irgend eine Anstrengung machen zu lassen, worauf die Geschwulst sogleich sich wieder füllt und ihre frühere Grösse wieder annimmt. Diese Art von Hydrokele findet man meistens einfach, d. h. nicht komplizirt mit einer Darmenschlinge oder einer Portion des Netzes in ihrer Höhlung.

2) Die zweite Art, die auch die häufigste ist, gleicht der Hydrokele der Erwachsenen, und besteht in einem mehr oder minder voluminösen, von durchsichtiger Flüssigkeit angefüllten fluktuirenden Tumor. Bei dieser Art kann die Flüssigkeit nicht in die Bauchhöhle zurücktreten.

3) Endlich die dritte Art, nicht so häufig, wie die beiden vorigen, aber doch bisweilen bei Kindern vorkommend, besteht in einer eingebalgten Hydrokele des Saamenstranges, und in einer Geschwulst von der Grösse einer kleinen Nuss bis zu der eines Taubeneies; dieser fluktuirende und auch durchsichtige Tumor folgt den Bewegungen des Saamenstranges, an welchem er ansitzt; durch Anziehen des Hodens zieht man auch den Tumor mit herab."

„Die Behandlung dieser 3 Arten von Hydrokele ist durchaus verschieden. Für die erstere Art, für diejenige nämlich, welche mit der Bauchfellhöhle kommunizirt, haben weingeistige und adstringirende Umschläge bisweilen Heilung bewirkt; so die Abkochung der Provinzrosen in rothem Weine, oder ammoniumhaltiges Wasser, die Anwendung eines mässig zusammengeschnürten Tragebeutels, örtliche Bäder u. s. w. Indessen würde man Unrecht haben, von diesen Mitteln bei lymphatischen, skrophulösen oder auch nur schwachen und zarten Kindern

Heilung zu erwarten. Es giebt Fälle, wo eine einfache Punktion und Entleerung der Flüssigkeit hingereicht hat, vollkommene Heilung zu bewirken. Wir werden später Gelegenheit haben, auf dieses Verfahren noch zurückzukommen."

„Die Hydrokele, welche mit der Bauchfellhöhle kommunizirt, ist immer angeboren, wogegen die von einigen Autoren ausgesprochene Behauptung, dass eine Hydrokele, welche mit der Bauchfellhöhle nicht zusammenhängt, keine angeborene ist, falsch genannt werden muss. Es kann wohl geschehen, dass unter dem Einflusse von Ursachen, die wir bis jetzt noch nicht zu deuten wissen, die Hydrokele der Scheidenhaut im 7ten oder 8ten Schwangerschaftsmonate sich bildet, und dass das Kind mit dieser Krankheit zur Welt kömmt. Sowohl bei der angeborenen als bei der später entstandenen Hydrokele bleibt der Tumor entweder stationär oder vergrössert sich. Sehr selten wird die ergossene Flüssigkeit ohne Kunsteinwirkung aufgesogen und Heilung bewirkt; fast eben so selten ist die Heilung durch die bereits angegebenen äusseren Mittel; fast immer muss man zur Operation schreiten."

„In der grösseren Zahl von Fällen thut man gut, mit einer blossen Punktion zu beginnen. So verfuhr immer Anton Dubois, weil er bemerkt hatte, dass schon diese einfache Operation in einigen Fällen, besonders bei Kindern, Heilung bewirkte. Auch ich mache immer bei Kindern zuerst die Punktion allein, und behalte mir vor, später die Injektion zu machen, sobald die Flüssigkeit, was freilich meistens der Fall ist, sich wieder ansammelt. Sieht man sich zur Injektion genöthigt, so entsteht die Frage, welche Flüssigkeit man dazu benutzen soll. In den meisten Fällen hat man bis auf die Jetztzeit einen Aufguss von schwerem rothen Wein auf Provinzrosen zur Injektion in die Scheidenhaut benutzt; die Flüssigkeit muss zu diesem Behufe erwärmt werden, die Injektion muss 3mal wiederholt werden, und zwar während 1 — 1½ Minute. Dieses Verfahren ist gewöhnlich von sehr guter Wirkung, und seitdem ich die Klinik im Kinderhospital versehe, habe ich eine grosse Zahl von Subjekten auf diese Weise mit den besten Resultaten operirt. Vor einigen Jahren hat Hr. Velpeau statt der eben genannten Flüssigkeit die spirituöse Jodtinktur vorgeschlagen, und die Erfolge, die er damit gehabt hat, sind eben so zahlreich und eben so vollständig, wie die Injektion des alten *Infusum Rosarum vinosum* sie gebracht hat. Da Alkohol und Jod sich leicht verflüchtigen, so wendet man die Flüssigkeit kalt an, und zwar macht man

in die Scheidenhaut nur eine einzige Injektion, welche man in ihr ungefähr 2 — 3 Minuten lässt, ohne mit Bestimmtheit über den Vorzug der einen vor der anderen Methode urtheilen zu können, glaube ich doch bemerkt zu haben, dass die Injektion der Jodtinktur schneller Heilung bewirkt als die vom Rosenwein. So schien Jodtinktur schon nach 15 — 20 Tagen Heilung herbeigeführt zu haben, während bei der alten Injektion dieses erst nach Verlauf eines Monats durchschnittlich geschehen ist. Andererseits ist die Injektion von Jodtinktur nicht ohne einige Unannehmlichkeiten; die Flüssigkeit befleckt die Wäsche, beschmutzt die Instrumente und greift sie an. Dieses wäre freilich kein Grund, das Mittel zu verbannen, und ich würde es immer dem Weine vorziehen, wenn sich dadurch erwiesen hat, dass sie wirklich die Heilung ohne alle Nachtheile um 8 — 10 Tage abgekürzt hat."

„Eine sehr wichtige Frage ist die der Rückfälle; sowohl nach Anwendung des Weins als nach der des Jods hat man die Wasserergiessung wiederkommen sehen. Man hat behauptet, dass nach der weinigen Injektion die Rückfälle viel häufiger seien. Absolut mochte es wohl der Fall sein, aber man muss nicht vergessen, dass im Allgemeinen die bei weitem grösste Zahl von Hydrokelen durch weinige Einspritzungen, und nur erst eine verhältnissmässig kleine Zahl durch Einspritzung von Jodtinktur behandelt wird. Will man ein richtiges Urtheil haben, so muss man Zahl der Zahl gegenüber stellen, und die Rückfälle danach berechnen. Meines Bedünkens können die Rückfälle nicht immer blos dem Stoffe zugeschrieben werden, welchen man zur Injektion benutzt hat, sondern auch einer unabsichtlichen und leicht verzeihlichen Lässigkeit, welche darin besteht, dass viele Wundärzte, wenn sie in Folge der Einspritzungen in der Scheidenhaut eine geringe Reizung haben entsehen sehen, sie diese für hinreichend halten, und weitere Einspritzungen, die doch so lange hätten fortgesetzt werden müssen, bis eine wirkliche adhäsive Entzündung entstanden ist, unterlassen."

Nach dem Professor hängen die Rückfälle, welche auf die weinigen Einspritzungen folgen, davon ab, dass man viel zu guten Wein dazu nimmt; derjenige Wein, der am besten passt, ist der ganz ordinäre rothe Kochwein, zu dem die Händler bisweilen Spiritus und Abkochungen von Färbehölzern hinzumischen. Dieser reizende und tonische Wein, der durch die Provinzrosen nur noch adstringirender wird, giebt eine Flüssigkeit, die allen Erfordernissen entspricht. Auch die Temperatur der Injektionsflüssigkeit ist wichtig; sie muss so heiss sein, dass die Hand sie ertragen kann, aber lebhaft genug, um dasjenige

Schmerzgefühl zu erregen, über welches sich die Kranken beklagen; endlich ist es nothwendig, immer drei Einspritzungen hinter einander zu machen. So viel muss man einspritzen, dass der seröse Sack vollkommen angefüllt ist, und dass seine innere Fläche allenthalben von der Flüssigkeit berührt wird, ohne jedoch zu sehr ausgedehnt zu sein. Um zu diesem Resultate zu kommen, muss man in die Höhlung der Scheidenhaut eine Quantität einspritzen, die ziemlich genau derjenigen gleicht, die man aus ihr entleert hat; ist das Quantum der Flüssigkeit zu gross, so kann es geschehen, dass durch die übermässige Spannung der serösen Haut kleine Berstungen entstehen, die nicht immer ohne Gefahr sind. Dasselbe kann eintreten, wenn man den Stempel der Spritze zu kräftig vorschiebt und auf einen Punkt einen zu starken Strahl hinrichtet. Die Zufälle aufzuzählen, welche eine in das Zellgewebe des Hodensacks hineingetriebene Flüssigkeit bewirken kann, ist wohl nicht nöthig. Die Rückfälle, welche auf die Jodeinspritzungen folgen, sind meist auch die Folge einiger unterlassenen Vorsichtsmassregeln bei dieser so einfachen und so minutiösen Operation. Kurz, der Prof. ist der Meinung, dass bis auf weitere Ermittelung die Einspritzung mit dem Wein oder mit der Jodtinktur vollkommen gleiche Erfolge habe.

Eine der Ursachen, welche eine Vergleichung der Rückfälle bei der einen und bei der anderen Methode verhindert, ist, wie bereits erwähnt, die kurze Zeit, in der man die Jodeinspritzungen zu machen pflegt. Bisweilen kommen auch die Rückfälle erst mehrere Jahre nach geschehener Operation. Vor Kurzem wurde ich von einem Manne um Rath gefragt, dem vor 11 Jahren eine Hydrokele operirt worden war. Dieser Mann blieb 9 Jahre lang vollkommen gesund; vor 8 Monaten ungefähr bemerkte er wieder Flüssigkeit in der Scheidenhaut und eine geringe Grössenzunahme des Hodensacks; seitdem hat die Ergiessung immer zugenommen, und jetzt ist der Tumor so gross, um die Operation zu erheischen. Man hatte bei diesem Kranken vor 11 Jahren den Wein zu Einspritzungen gebraucht; da nun die Jodtinktur gegen Hydrokele noch nicht lange im Gebrauch ist, so kann man nicht wissen, ob nicht viel später Rückfälle noch viel mehr hervortreten.

Zum Schlusse erwähnen wir noch, dass der Prof. beide im Eingange erwähnte Kinder operirte; das eine hatte, wie gesagt, eine angeborene Hydrokele, das andere aber hatte sie nach Aussage der Eltern erst später bekommen, und zwar vor ungefähr 3 Wochen. Dieses Kind war 5 Jahre alt, und in Betracht des Alters des Subjekts und

des kurzen Bestehens der Geschwulst machte der Prof. nur eine einfache Punktion; er wolle, sagte er, versuchen, ob sie nicht ausreiche. Ebenso verfuhr der Prof. bei dem anderen Kinde.

---

3. Harnverhaltung, Harnröhrenstein und Harnergiessung bei einem Kinde.

Wir haben bereits von einem Kinde Bericht abgestattet, welches vor ungefähr 8 Monaten in der Klinik des Hrn. Guersant sich befand, und das an Harnverhaltung in Folge eines in der Harnröhre sitzenden Steines litt, worauf sich eine Harnergiessung im Zellgewebe des Hodensacks und der Ruthe bildete. Grosse Einschnitte hatten den Ausfluss einer stinkenden Flüssigkeit bewirkt. Nach Verlauf einiger Tage hatte Eiterung sich eingestellt, und der Stein war durch eine der Wunden herausgekommen. Eine in die Harnröhre eingeführte Sonde drang in eine grosse Höhle und erwies deutlich einen Zusammenhang zwischen der Harnröhre und einer Abszesshöhle. Bei dieser Gelegenheit bemerkte der Prof., dass Harnverhaltungen in Folge von kleinen Blasensteinen, die in die Harnröhre gelangt sind und dort stecken bleiben, bei Kindern sehr häufig vorkommen. Als der Knabe fast geheilt das Krankenhaus verliess, war nur noch eine kleine Fistelöffnung übrig geblieben, welche aber schnell der Vernarbung entgegen ging. Allein vor 14 Tagen kam der kleine Bursche ins Hospital wieder zurück, abermals an Harnverhaltung leidend.

Am Tage der Aufnahme versuchte der Prof. vergeblich, den Katheter anzuwenden. Da die Harnergiessung sich wieder zu bilden schien, so war er nach 2 Tagen gezwungen, abermals Einschnitte an dem Hodensack zu machen, obwohl die in die Harnröhre geführte Sonde in kein Loch oder in keine tiefe Höhlung hinein traf, wie es das erste Mal der Fall gewesen ist. Jetzt sind die Wunden grösstentheils vernarbt, aber es bleiben 3 Fistelöffnungen, von denen eine ziemlich tief gehend, links am Hodensacke sich befindet. Das einzige Mittel, zu dem der Prof. hier seine Zuflucht nehmen zu müssen glaubt, sind bleibende Katheter. Nur mit grosser Mühe konnte er hier einen solchen einbringen; auch that er es sehr ungern, denn bei Kindern, sagt er, darf man nur unter der allerdringendsten Indikation eine bleibende Sonde, oder einen bleibenden Katheter einlegen, denn bei Kindern inkrustiren sich die in die Blase geführten und dort bleibenden fremden

Körper sehr schnell mit Kalkmassen. Oft geschieht es, dass schon am nächsten Tage die Oeffnungen des Katheters mit Kalkablagerungen so überfüllt sind, dass man Mühe hat, das Instrument herauszuziehen; dann aber kann die Reibung der mit Kalkphosphat überzogenen Sonde gegen die innere Wand der Blase eine Kystitis herbeiführen. Bei diesem Knaben war der Prof. durch die dringendsten Umstände gezwungen, einen Katheter in die Blase zu führen, um ihn liegen zu lassen, und er war nicht wenig überrascht und erfreut, dass nach 24 Stunden und selbst nach einigen Tagen das Instrument auch nicht die geringste Spur solcher Ablagerung zeigte.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Bemerkungen über den Tetanus der Neugeborenen.

In einem früheren Hefte der *Archiv. de médecine* findet sich über diesen Gegenstand ein Aufsatz von Dr. Thore, aus dem wir Folgendes entnehmen.

Diese auf den Antillen, in Cayenne und in den heissen Ländern überhaupt sehr häufige Krankheit ist in Europa verhältnissmässig sehr selten. Indessen hat Hr. Thore im Findlingshause zwei Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, von denen der eine sich mit dem Tode endigte, der andere geheilt wurde. An diese beiden Fälle knüpft Hr. T. einige Bemerkungen über diese Krankheit überhaupt. Zu den Ursachen derselben hat man vorzüglich die Unterbindung durch Schneidung und Loslösung der Nabelschnur hervorgehoben; diese Ansicht wurde von Mehreren, unter Anderen auch von Labat und Ollivier bekämpft. Oft erzeugt sich wirklich während der Dauer des Tetanus eine Entzündung des Nabels, aber diese folgt dem Tetanus, statt ihm vorauszugehen. Dann findet auch zwischen der Häufigkeit der beiden Affektionen durchaus keine Beziehung statt, und es scheint, allen unbefangenen Beobachtungen zufolge, dass plötzlicher Temperaturwechsel, besonders die Einwirkung kalter Luftströme oder plötzlicher Abkühlung bei grosser Hitze, die Krankheit hervorzurufen. Sie tritt gewöhnlich in den ersten Tagen des Lebens auf, hat einen sehr schnellen Verlauf, zeigt sich aber sonst vom Tetanus nicht verschieden.

Die Natur des Tetanus bei Kindern ist sehr zweifelhaft. Hr. Barrier glaubt, dass sie mit einer materiellen Grundlage theils verknüpft, theils ohne solche vorhanden sein kann, und er fügt mit Grund hinzu, dass noch neue Untersuchungen nothwendig sind, um wirklich überzeugt zu werden, dass es einen idiopathischen Tetanus gebe. Siebold hat in einem Falle eine Blutergiessung in die Rückenmarkshüllen, und in einem anderen Falle eine Entzündung des Rückenmarks gefunden; d'Outrepont hat sechsmal die Entzündung des Rückenmarks mit Blutergiessung angetroffen; Billard, Matusczinski und Ollivier haben immer eine Blutergiessung entweder zwischen die Blätter der Arachnoidea oder Duramater und dem Marke gefunden. In dem einzigen Falle, in dem Hr. Th. Gelegenheit gehabt hat, eine Untersuchung vorzunehmen, fand er eine Blutergiessung zwischen der Duramater und dem Wirbelkanal in der Nackengegend, und etwas weiter herunter sah er zwischen den hinteren Blättern der Duramater schwärzliche Blutklumpen, das Mark war gesund, die Piamater sehr injizirt.

„Alle Welt", sagt Hr. Th., „erkennt den Tetanus der Neugeborenen als eine sehr ernste, sehr bedenkliche Krankheit; in der That sind doch die Heilungen den Todesfällen gegenüber sehr geringe. Man hat die allerverschiedensten Mittel in Gebrauch gezogen: Antispasmodika, als Kampher, Baldrian, Bernstein, Moschus, ferner Purganzen, Blasenpflaster, Merkurialeinreibungen, Räucherungen, Bäder, Opium u. s. w. Bis jetzt haben wir noch keinen genügenden Beweis für die Wirksamkeit des einen oder des anderen dieser Mittel, und man kann wohl behaupten, dass keins derselben Erfolg hat. Die vernünftigste Behandlung besteht, nach dem was man bisher an Leichen gesehen hat, in Blutentziehungen. Hr. Ollivier glaubt, dass man sie mit Energie anwenden müsse, und dass der Mangel an Erfolgen in dieser Krankheit oder ihrer grossen Tödtlichkeit vorzüglich darin liegt, dass man befürchtet hat, bei so jungen Subjekten eine so grosse Menge zu entziehen. Er rathet zur Anwendung von Blutegeln, theils auf die Wirbelsäule, theils auf die *Processus mastoidei*, und vorzüglich Schröpfköpfe, die in viel kürzerer Zeit viel mehr Blut entziehen."

Die Heilung in dem einen seiner beiden Fälle will Hr. Thore auch nur der energischen Anwendung von Blutentziehung zuschreiben; er hat dieselbe so stark gemacht, dass das Kind mehrmals ohnmächtig wurde. Das Kind wurde geheilt, es blieb aber allerdings ein

anämischer Zustand zurück, der lange Zeit die allergrösste Sorgfalt erforderte.

Die beste prophylaktische Behandlung besteht in der Verhütung jeder Erkältung und in schneller Ueberpflanzung Neugeborener aus einer warmen in eine kalte Temperatur. In den Tropengegenden wird die Krankheit am besten verhütet, wenn die Neugeborenen, namentlich in Nachts, sehr warm bedeckt bleiben, und erst ungefähr am vierten Tage nach der Geburt ein wenig der Luft ausgesetzt werden.

---

2. Einige Bemerkungen zur Aetiologie der Skropheln.

Die Skrophelndiathese, sagt Hr. Nicholson, Wundarzt zu Hexham (*North Journal of Medicine*, Nov.), besteht in einer grösseren oder geringeren Verarmung des Bluts, und in dem Verhältniss, wie diese Verarmung vorhanden ist, bildet sich auch der skrophulöse Habitus aus. Die Blutarmuth, nicht zu identifiziren mit Blutmangel, ist die nächste Ursache der Skrophelsucht, und diejenigen Einflüsse, welche diese Blutarmuth erzeugen, sind als entfernte Ursachen zu betrachten. Wir wollen einen Blick auf diese Umstände werfen.

Die Skropheln pflegen häufig nach irgend einem der akuten Exantheme hervorzutreten, welche eine schwächende Behandlung nothwendig gemacht haben. Unpassende Diät hat dieselbe Wirkung; Erkältung, namentlich aber feuchtkalte Luft, trägt auch besonders zur Erzeugung von Skropheln bei. Viele haben die Skropheln als von einem krankhaften Zustand der Leber und des Darmkanals abhängig betrachtet, und gewiss kann ein solcher unter die entfernten Ursachen ganz besonders mitgezählt werden. Wenn diese Organe ihre Funktionen nicht regelmässig versehen, so kann das Blut nicht mehr seine normale Beschaffenheit und Mischung bewahren. Nichts hat eine solche nachtheilige Wirkung als der Aufenthalt in einer abgeschlossenen und ungesunden Atmosphäre; der Anblick der bleichen, welken, abgemagerten Menschen, welche in sehr engen Strassen und übervölkerten Stadtvierteln wohnen, wird dieses erweisen. Kräftiges Licht ist ohne Zweifel für das gute Gedeihen des thierischen Körpers eben so wichtig wie für die Pflanzen; das elende Aussehen der Grubenleute und der Eingekerkerten, welchen kein oder nur sehr wenig Tageslicht zugänglich ist, beweiset dieses. Es könnte eingewendet werden, dass alle diese Einflüsse nicht als die eigentlichen Ursachen der Skrophel-

...ht zu betrachten sind, sondern dass sie nur die bereits im Organis-
...s vorhandene, aber gewissermaassen schlummernde Skrophelkrank-
...it zeitigen und erwecken. Hiergegen ist aber die Erfahrung einzu-
...enden, dass Kinder, welche von den gesundesten und kräftigsten
...ltern geboren sind, in Skrophelsucht verfallen, sobald die hier ange-
...uteten schädlichen Einflüsse auf sie einwirken.

Auch die Behandlung bezeugt die Richtigkeit dieser Ansicht, denn ...r bedürfen zur Heilung der Skrophelsucht nicht eines besonderen ...zifischen Mittels, sondern wir verbessern die Blutbereitung, indem ...r die Verdauung, die Chymus- und Chylusbereitung zu heben und ...rch eine reinere Luft darauf zu wirken suchen. Um mich zu über...zeugen, ob die Skrophulosis ihre eigentliche Quelle wirklich in einem ...rftig gewordenen Blute habe, machte ich eine Analyse des Blutes ...ehrerer Skrophelkranken, die sich in den verschiedensten Stadien der ...rankheit befanden; ich habe hier das Resultat von 12 Analysen zu...sammengestellt, aus deren Vergleichung mit der Analyse eines gesun...den kräftigen Blutes sich die Wahrheit meiner Behauptung erge...ben wird.

	Blutkügelchen.	Fibrin.	Salina im Serum aufgelöst.	Wasser.
I. . .	101	3	79,5	816,5
II. . .	98	2,8	79	820,2
III. . .	98	2,4	79,1	820,5
IV. . .	97	3	79	821
V. . .	96,5	2,5	78	823
VI. . .	80	2,3	78,7	839
VII. . .	79	2	79	840
VIII. . .	79	2	80	839
IX. . .	63,5	1,2	80	855,3
X. . .	64	1,8	79	855,2
XI. . .	65,5	1,7	78,5	854,3
XII. . .	64	2	79	855

Die Untersuchung mit dem Mikroskop erweist auch deutlich, dass das Blut arm an Blutkügelchen ist, indem die wenigen dieser Kügelchen, welche sich zeigen, heller gefärbt und unregelmässig sind; bisweilen erscheinen sie dem Auge wie gefurcht und eingedrückt.

Die gewöhnlichen Erscheinungen, in welchen die Skrophelsucht uns vor Augen tritt, sind Entzündungen auf skrophulöser Basis, d. h. Entzündungen, die darum einen eigenthümlichen Charakter annehmen,

weil sie durch die Blutarmuth und die Schwäche des Subjekts modifizirt werden.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

A. Akademie der Wissenschaften zu Paris.

1. Ueber die Einwirkung des Genusses von Mutterkorn auf *Kinder*.

Hr. Bonjour erzählt zwei Fälle von Brand bei sehr kleinen Kindern in Folge des Genusses von Brod, dessen Mehl viel zermahlenes Mutterkorn enthielt. Eins der Kinder war 10 Jahre alt; es entstand Brand an beiden Unterschenkeln, welche amputirt werden mussten. Das andere Kind war 28 Monate alt, ihm wurde das rechte Bein brandig und fiel von selber ab; die beiden Kinder haben die Verstümmelung überlebt. Die erwachsenen Mitglieder der Familie, welche auch das Brod genossen haben, erlitten blos ein geringes Unwohlsein. Es ist dieses ein Beweis, dass der Genuss des Mutterkorns auf jugendliche Individuen ein sehr gefährliches Gift ist, dass es Sache der Behörde ist, das Vermahlen solchen Roggens, welches Mutterkorn enthält, zu verbieten, was gewöhnlich nicht geschieht. (Im vorigen und im vorvorigen Sommer hat der Roggen in vielen Gegenden, besonders um Berlin herum, ungeheuer viel Mutterkorn gehabt, und es ist, so viel wir wissen, Nichts geschehen, um das Verspeisen dieses Roggens zu verhüten. Ref.) — In einer späteren Sitzung wird Näheres über die vorerwähnten Kinder berichtet. Das 10jährige Kind, dem beide Beine amputirt werden mussten, starb kurze Zeit darauf; die Leichenschau zeigte Folgendes: Gehirn gesund; die Venen der Meningen sehr injizirt; die Meningen selber gesund; ein Theelöffel voll röthlichen Serums in jeder Gehirnhöhle. Die rechte Lunge befand sich in den beiden unteren Dritteln im dritten Grade der Pneumonie und in ihrem übrigen Theile im zweiten Grade derselben. Die äussere und oberflächliche Parthie dieser Lunge zeigt einen so grossen Abszess, dass ein Hühnerei darin liegen kann. Die linke Lunge erscheint im ersten Grade der Pneumonie. Die Leber ist vollkommen gesund. Die Venen, die von den Amputationsstümpfen kommen, sind bis zum Bauche hinauf vollständig gesund. Die Arterien sind obliterirt, in der Strecke

eines Zolles vom Rumpfe an in sehnige Stränge verwandelt; sonst zeigen sich keine Veränderungen. Die Nerven sind einige Linien von ihrem Ende verdickt. — Das andere Kind, welches 28 Monate alt ist, befindet sich ganz wohl.

---

2. Ueber die Kyanose der Neugeborenen.

Hr. Meigs, Prof. der Geburtshülfe an der medizinischen Schule zu Philadelphia, liest eine Notiz über die Blausucht der Neugeborenen. Nach dem Autor sterben die Kinder, wenn sie an Blausucht leiden, durch das Vorhandensein eines schwarzen, nicht oxygenirten venösen Blutes im Gehirn; in den Arterien und Kapillargefässen des Gehirns wird dieses Blut nicht etwa als Gift dem Leben schädlich, sondern einfach dadurch, dass es unfähig wird, dieses Organ zu den Nervenaktionen gehörig anzuregen. Bekannt ist das anatomische Verhältniss, woraus die Blausucht entspringt, nämlich das Offenbleiben des Botallischen Loches. Die Verschliessung dieses Loches wird dadurch verhindert, dass der von der unteren Hohlvene kommende Blutstrom die dünne und freie Interaurikularklappe erhebt und in Erhebung erhält. Hr. Meigs ist also, wie wir schon früher mitgetheilt haben, auf die Idee gekommen, die Kinder auf die rechte Seite zu lagern, mit etwas erhobenem Kopfe und Rumpfe, so dass die Interaurikularscheidewand horizontal zu liegen kömmt, und das im linken Herzohr enthaltene Blut mit seiner ganzen Schwere auf die Klappe drückt, welche dadurch geschlossen wird. Hr. Meigs hat oft gesehen, dass sogleich, nachdem er die Kinder in diese Lage gebracht hatte, die blaue Färbung verschwand, zum Beweise, dass in die Arterien nur oxygenirtes Blut hineindrang. Herr Meigs versichert, von 100 Kindern 50 — 60 durch dieses Verfahren dem Tode entrissen zu haben, während alle übrigen Mittel, wie man weiss, bisher dagegen vergeblich waren.

---

3. Künstlicher After in der *Regio lumbaris* oder *iliaca* bei angeborenem Fehlen des Mastdarms der Neugeborenen.

Aus Unkenntniss der Lage des absteigenden Kolons bei angeborenem Fehlen des Mastdarms hat Litre vorgeschlagen, in die linke Lumbargegend einzuschneiden und dort in dem dicken Darme einen After zu bewirken. Hr. Baudelocque erzählt die Geschichte eines

Falles vom Fehlen des Mastdarms bei einem neugeborenen Kinde, an dem er die *Enterotomia lumbaris* gemacht hat. Das Kind starb, und die Untersuchung hat ihm gezeigt, dass die Art und Weise, wie das absteigende Kolon in solchem Falle sich endigt, ferner seine Lage in Bezug auf den oberen Beckeneingang, und endlich die sehr grosse Ausdehnbarkeit des Mesenteriums sehr wohl gestatten, diesen Darm bis an den Rand des Anus hinabzuziehen, um ihn dort festzunähen. Folgendes ist die genaue Angabe des Hrn. B.: Nachdem das absteigende Kolon in der Leiche des Kindes quer durchschnitten worden war, fand man eine Adhäsion des oberen Endes dieses Darms an den Bauchdecken; das untere Ende des Kolons war frei und schwebend in der Bauchhöhle, seine Länge betrug 20 Centimeter; der Darm endigte mit einem grossen Blindsacke, welcher in gleicher Höhe und etwas rechts vom Sakrovertebralwinkel sich befand; in dieser Lage war der Darm durch das Mesenterium festgehalten und machte einige Windungen. Durch Anziehen des Blindsackes des Kolons nach dem natürlichen After zu, konnte man bequem jenen am 6 Centimeter über die Afteröffnung herausziehen, ohne das Mesenterium zu sehr auszudehnen. Demnach würde die Anheftung des Kolons an die Afteröffnung in solchem Falle sehr leicht angehen. Hr. B. schlägt demnach folgendes Verfahren vor: Hat man sich von dem Fehlen des Mastdarms Gewissheit verschafft, so muss man zuerst den eigentlichen After erweitern, um ein Stück präparirten Schwammes einzuführen; alsdann schiebt man einen 2½ Zoll langen Afterspiegel bis zum Sakrovertebralwinkel ein, worauf man das blinde Ende des absteigenden Kolons erblicken wird; man ergreift dieses mit einem Haken, zieht es bis zum After heran und heftet es daselbst fest. Kann man dieses Verfahren nicht ausüben, so schneide man ohne Weiteres auf die weisse Linie ein, und es wird sich nun das blinde Ende des Kolons in der Wunde zeigen; man führt nun eine mit einem flachen Faden bewaffnete Nadel durch den Darm durch; die beiden Enden des Fadens müssen aber durch die Augen eines weiblichen Katheters gezogen sein, damit dieser mit durchgehen kann. Man nimmt nun die Nadel hinweg, zieht die Fäden an und befestigt sie wie bei penetrirenden Bauchwunden.

---

4. Anomalieen angeborener Bildungsfehler der Zeugungstheile, oder über Zwitterbildungen.

Hr. Huguier legt die anatomischen Präparate eines todtgeborenen Kindes vor, welches eine solche Anomalie der Geschlechtstheile hatte, dass es durchaus schwer war, das Geschlecht zu bestimmen. Dem ersten Anblicke nach schienen die Genitalien weiblich zu sein, aber eine genauere Untersuchung erregte einigen Zweifel, und das Kind, welches man anfänglich für ein Mädchen hielt, konnte recht wohl für einen missgebildeten Knaben gelten. In der That war die Klitoris gut entwickelt, konnte aber auch für einen Penis angesehen werden; es waren weder Nymphen noch ein Hymen vorhanden. Nach unten endigte diese Art Penis mit einer kleinen Eichel, man sah ein kleines Loch, welches man anfänglich für die Vulva hielt, das aber nichts anderes sein konnte, als die Mündung der Harnröhre. An jeder Seite dieses Loches sah man sehr entwickelte grosse Lefzen, die der getheilte Hodensack sein konnten. Es waren keine Hoden darin, aber diese konnten auch im Bauche zurückgeblieben sein; endlich hatte der Damm ganz die Länge, die er bei kleinen Knaben zu haben pflegt, so dass ein Schwanken in der Geschlechtsbestimmung vollkommen gerechtfertigt war. Die Untersuchung der Leiche indess hob jeden Zweifel, denn es fand sich ein Uterus. — Bei dieser Gelegenheit zeigte Hr. H. die Zeichnung einer doppelten Vagina, welche einen doppelten Uterus führte. Die Frau, von der die Zeichnung genommen war, wurde geschwängert, aber die Schwangerschaft fand nur in einem Uterus statt, nämlich im linken. Interessant ist, dass alle sympathischen Erscheinungen während der Schwangerschaft sich nur auf die linke Seite bezogen; nur die linke Brust schwoll an und gab Milch.

---

5. Ueber die Zusammensetzung der Milch und deren ernährende Eigenschaften.

Hr. Dumas liest den ersten Theil einer sehr wichtigen Abhandlung über die chemische Zusammensetzung der Milch. Dieser Gegenstand, und die gründliche Art und Weise, wie Hr. Dumas ihn behandelt, ist nicht nur von hohem wissenschaftlichen Interesse, sondern auch von praktischem, insofern daraus sich über die verschiedene Ernährungsfähigkeit der Milch verschiedener Thiere, über die nutritive Bedeutung der einzelnen Konstituentien der Milch, und endlich über

den Einfluss der Nahrungssubstanzen des milchgebenden Thiers auf die Beschaffenheit seiner Milch Schlüsse sich ziehen lassen.

Hr. Dumas hat bemerkt, dass die Milch der Herbivoren immer die vier Stoffarten, welche ihre Nahrung konstituiren, enthält, nämlich: die Eiweissstoffe in Form des Kaseums, die Fettstoffe in Form der Butter, die Zuckerstoffe in Form des Milchzuckers, und endlich die verschiedenartigen Salze, welche in allen Texturen dieser Thiere vorhanden sind. In der Milch der Karnivoren verschwindet eines dieser Prinzipien ganz und gar, nämlich der Milchzucker, und es bleiben nur die Eiweissstoffe, die Fettstoffe und die Salze, aus welchen im Allgemeinen das Fleisch zusammengesetzt ist. Man darf jedoch nur zur Nahrung der Fleischfresser Brod hinzufügen, und man wird sogleich in der Milch Milchzucker in grösserem oder geringerem Verhältnisse finden, so dass die Erzeugung desselben gänzlich von der Beimischung von Mehl zur Nahrung abhängig ist. Hr. Dumas hat mit grosser Sorgfalt die verschiedenen Veränderungen verfolgt, welche die konstituirenden Prinzipien der Milch in ihren Verhältnissen bei einem und demselben Thiere erleiden, sobald dieses eine verschiedene Nahrung, die sich bald der der Herbivoren, bald der der Karnivoren nähert, unterworfen wird. Er hat seine Versuche an Hündinnen gemacht. Die Vergleichung der Analysen zeigt, dass das Verhältniss des Käsestoffes so wie der Butter abnimmt, wenn man auf Fleischnahrung mehlige oder Brodnahrung folgen lässt. Der Milchzucker, der nicht deutlich nachgewiesen werden konnte, wenn das Thier unter seiner Nahrung nicht mehlige Stoffe enthielt, erscheint sehr deutlich, sobald diese letzteren Stoffe in der Ernährung vorherrschen. Obwohl die Analysen, die Hr. D. unternommen hat, ihn niemals Zucker entdecken liessen, wenn die dem Thiere gegebene Nahrung keine mehligen Substanzen enthielt, so glaubt er doch, in Folge der Schwierigkeiten dieser Untersuchungen, sich nicht mit Bestimmtheit zu dem Schlusse berechtigt, dass sich unter solchen Umständen durchaus kein Milchzucker bilden könne, und er nimmt sich vor, in dieser Hinsicht eine neue Reihe von Untersuchungen vorzunehmen. Was er bis jetzt erkannt hat, sind folgende Resultate: 1) Das Vorhandensein von Milchzucker in der Milch scheint von der Gegenwart mehliger Stoffe in der Nahrung des Thiers abhängig zu sein. 2) Reine Fleischnahrung giebt eine Milch, in welcher Käsestoff und Fettstoff (Butter) vorherrschen, aber Milchzucker durch die Analyse bis jetzt nicht entdeckt werden konnte. Haben sich diese Resultate durch neue Untersuchungen bestätigt, so

wird man bald dahin gelangen, die Verschiedenheit zu erkennen, welches die Milch eines einer mangelhaften, nicht zulänglichen Ernährung unterworfenen Herbivoren darbietet, und ob durch solche unzureichende Ernährung das Herbivorweibchen dem Milchzustande des Karnivorweibchen genährt wird. Endlich bezeichnet Hr. D. als ein sehr wichtiges Ergebniss seiner Untersuchungen die Erkennung einer aus Käsestoff bestehenden Membran um die Butterkügelchen.

---

6. Ueber die Bildung des Kropfes und des Kretinismus.

Hr. Guyon, Oberwundarzt der Armee von Afrika, übersendet eine Notiz über die Ursachen des Kropfes und Kretinismus, welcher auch in Nordafrika vorkömmt. Er glaubt, dass man mit Unrecht die niedere Temperatur, die Kruditāt des Trinkwassers, die Feuchtigkeit der Atmosphäre, wie Fodéré behauptet hat, als Ursachen dieser Uebel betrachtet. Seiner Ansicht nach findet zwischen feuchter Luft und den hier erwähnten Uebeln durchaus keine Beziehung statt, da gerade in Ländern, wo gewöhnlich eine grosse Feuchtigkeit herrscht, die genannte Krankheit vollkommen unbekannt ist. Auch die anderen bisher angenommenen Ursachen scheinen ihm nicht die richtigen zu sein; die wirkliche Ursache des Kropfes, sagt Hr. G., ist das kurze Verweilen der Sonne in den Lokalitäten, wo diese Krankheit herrscht. Zum Beweise dieser seiner Ansicht zitirt er die Bemerkung von Fodéré, welcher nachweist, dass die Länder, in denen Kropf und Kretinismus endemisch sind, sich weder auf sehr bedeutenden Höhen, noch in sehr weiten offenen Ebenen befinden, sondern nur tiefe und enge Schluchten darbieten. Als ein Argument seiner Ansicht bemerkt Hr. G. auch noch, dass inmitten der Stadt Lyon Kröpfe vorkommen, die einzig und allein dadurch bewirkt werden, dass ein Gebirge, welches von Norden nach Süden geht, dieser Stadt die Strahlen der aufgehenden Sonne entzieht.

Hr. Boussingault hält die Theorie des Hrn. G. nicht für gegründet; er bemerkt, dass er eine grosse Anzahl von Kröpfen auf den Anden in Amerika in Gegenden gesehen habe, welche den Sonnenstrahlen vollständig ausgesetzt waren, und die die trockensten der Welt sind.

Es wird auf Antrag des Hrn. Serres eine Kommission, beste-

hend aus ihm, Andral und Rayer, ernannt, um den Gegenstand näher zu prüfen.

Etwas später sendet Hr. Guyon eine zweite Abhandlung, betreffend das Vorkommen des Kropfes und des Kretinismus im Gebiete Algier, ein. Der Kropf findet sich von Zeit zu Zeit in der Provinz Algier, Bugia, Konstantineh und an einigen anderen Punkten, welche die Franzosen in der Nähe der grossen Gebirgskette besetzt halten, aber nur bei Eingeborenen, die aus den Schluchten dieser Gebirge hervorkommen. Alles berechtigt zu der Annahme, dass der Kropf im Inneren der grossen Gebirge häufig ist, aber die Gebirge selber sind noch unbekannt. Von allen französischen Positionen in Nordafrika giebt es nur eine einzige, nämlich Blidah, welche den Kropf selber hervorzubringen vermag. Wie alle Länder, in denen Kropf und Kretinismus endemisch ist, so hat auch Blidah eine malerische Lage, einen grossen Reichthum und Ueppigkeit der Vegetation. Die Eingebornen von Blidah haben einen dicken, gleichsam teigichten Hals mit sehr entwickelten Schilddrüsen. Besonders sind es die Mädchen und Frauen, welche diese eigenthümliche Disposition darbieten. Sehr entwickelte Kröpfe, und im Verhältniss zur Bevölkerung auch in grosser Anzahl, findet man in Blidah. Was die Kretins betrifft, so glaubt Hr. G. nicht, dass jemals ein Mensch als Kretin geboren wird, sondern dass der Kretinismus durch dieselben Ursachen bei jugendlichen Subjekten sich erzeugt, welche bei Erwachsenen Kropf erzeugen. Im Allgemeinen kommt der ausgebildete Kretinismus im Algierschen seltener vor als der Kropf, obwohl Blödsinnige genug vorhanden sind.

B. *Liverpool Pathological Society.*

In den Sitzungen der Gesellschaft während des Jahres 18$\frac{44}{45}$ wurden folgende an Kindern beobachtete Fälle vorgetragen:

1. *Fractura composita* des Stirnbeins bei einem Kinde von 1¼ Jahren.

Dr. Thomas Juman berichtet über folgenden Fall: Ein Kind von 1¼ Jahren, welches von einem Pferde einen Schlag mit dem Hufe erhalten hatte, wurde in das Hospital gebracht. Bei der Untersuchung zeigte sich eine bedeutende Fraktur des rechten Stirnbeins mit beträchtlichem Substanzverlust. Man ging mit dem kleinen Finger durch die Oeffnung in die Schädelhöhle ein; das Gehirn war stark verletzt, doch

konnte man keine Knochenstücke entdecken. Das Kind schien gar nicht zu leiden. Eine in kaltes Wasser getauchte Kompresse wurde über die Wunde gelegt und die Mutter angewiesen, dieselbe fortwährend feucht zu erhalten.

Einige Tage darauf gingen die oberflächlichen Schichten des Gehirns in Verschwärung über, ohne dass beunruhigende Symptome auftraten. Sechs Wochen später stiessen sich die ulzerirten Theile los, mit Ausnahme einer kleinen Stelle, welche unbeweglich festsass und augenscheinlich mit tiefer gelegenen Theilen in Verbindung stand. Die übrige freigelegte Fläche bedeckte sich mit gesunden Granulationen. Vier Monate nach dem Unfalle wurden Knochenstücke in der Wunde gefunden und mit Leichtigkeit ausgezogen; sie waren rauh und trokken, als wenn sie schon längere Zeit abgestorben gewesen, von verschiedener Grösse. — Sechs Tage darauf war die Wunde vollständig vernarbt. Die Vereinigung geschah jedoch nur durch eine häutige Narbe, so dass man das Gehirn deutlich darunter pulsiren sehen konnte. Ein starker Druck auf diese Stelle blieb ohne besondere Wirkung.

Es war keine andere Behandlung institüirt worden, als dass von Zeit zu Zeit ein abführendes Pulver gereicht und die Wunde mit kalten Kompressen bedeckt wurde.

---

2. Arachnitis, Endokarditis, Synovitis.

Derselbe erzählt ferner folgenden Fall: Jennet R., 12 Jahre alt, ward am 14. Oktober 1844 in das Fieberhospital unter meinem Kollegen, Dr. Gouthwaite, aufgenommen. Sie war Wasserträgerin, von sehr schwächlicher Konstitution, und den schädlichen Einflüssen der Witterung stets preisgegeben; vor sechs Tagen ward sie von Frost, Schmerzen in den Schenkeln und im Rücken, von Hitze und Erbrechen befallen.

Bei ihrer Aufnahme war das Gesicht geröthet, die Haut heiss und trocken, die Zunge weiss belegt; der Puls machte 120 Schläge; sie litt an Verstopfung, heftigem Durste, Schmerzen im ganzen Körper, besonders im Kopfe; der Schlaf war unruhig, aber kein Delirium oder Konvulsionen vorhanden. Die Behandlung war im Allgemeinen antiphlogistisch und hauptsächlich auf Linderung des Kopfschmerzes gerichtet.

Am 19ten trat eine Veränderung ein, indem sich ein kurzer, trockener Husten mit erschwerter Respiration einstellte; der Kopfschmerz

liess nach und die Zahl der Pulsschläge fiel auf 100. Einen oder zwei Tage später stieg dieselbe aber wieder auf 120, die Kranke schlief fast fortwährend und das Gesicht wurde wie früher roth.

Am 28sten klagte sie über heftige Schmerzen im rechten Knie und Unterschenkel; der Husten hatte hingegen nachgelassen, und die Röthe im Gesicht war nicht mehr so bedeutend. Am nächsten Tage war die Respiration jedoch wieder sehr mühsam; pfeifende Rhonchi liessen sich unterhalb der Schlüsselbeine hören; Puls von 120 Schlägen; trockne, mit braunem Belage bedeckte Zunge; heftiger Durst; das rechte Knie heiss, geschwollen und ungemein schmerzhaft.

Am 2. November klagte die Kranke über Schmerzen im ganzen Körper; der linke Knöchel war geschwollen, heiss und schmerzhaft; der Unterleib in der Gegend des *Colon descendens* empfindlich; der Kopf kühl und das Gesicht geröthet. Am nächsten Tage waren beide Unterschenkel gleich schmerzhaft. Dies dauerte bis zum 6. November so fort, wo der Puls, der bis dahin weich und fadenförmig war, voll und härtlich wurde; der Schmerz beim Drucke auf die unteren Extremitäten hatte abgenommen. Das Gesicht war jedoch bleich und drückte grosse Angst aus; die Zunge war nur an den Rändern feucht. Am Abend stellte sich eine bedeutende Aufregung ein; das Gesicht war stark geröthet; die Füsse kalt, der Puls kaum zu fühlen, und die Pupillen erweitert. Zwei Stunden darauf verfiel sie in Koma, und starb am nächsten Tage.

Sektionsbefund. Die Schädeldecke liess sich mit Leichtigkeit von der Duramater ablösen, deren äussere Fläche gesund war. Das ihre innere Fläche überziehende Blatt der Arachnoidea war mit einer dicken, gelblichen, offenbar frisch gebildeten Schicht von Lymphe bedeckt, und eine beträchtliche Menge trüben Serums in den Sack der Arachnoidea ergossen. Das das Gehirn auskleidende Blatt war nicht in gleichem Maasse erkrankt, doch überall mit lymphatischen Exsudaten besetzt. Die Piamater war nicht verändert. Die Entzündung war offenbar an der konvexen Fläche beider Hemisphären am heftigsten gewesen, obwohl sich an allen Stellen der Oberfläche des Gehirns Spuren derselben zeigten.

Der Herzbeutel war vollkommen normal. Auf der *Valvula tricuspidalis* fand man frische Granulationen, warzigen Exkreszenzen gleichend, und sehr dünne weisse Flecke an der Basis der Aortenklappen und der Unterklappe.

Das rechte Kniegelenk war mit einer dicken, zähen, purulenten

Masse angefüllt, und die Synovialhaut, die den Knorpel überzieht, rauh, doch nicht ulzerirt, und an keiner Stelle deutlich geröthet. — Die übrigen Organe wurden nicht untersucht.

Dieser Fall ist von nicht geringem Interesse. Bei der Aufnahme der Kranken hielt man die Krankheit für ein rheumatisches Fieber, obgleich die gewöhnlich vorkommenden Schweisse und der saure Geruch fehlten. Doch kann hier eine eigenthümliche Modifikation der Krankheit stattgefunden haben, indem sich der rheumatische Prozess mehr auf die inneren Organe, als auf die Haut und Gelenke warf.

Bemerkenswerth ist, dass das Herz erst ergriffen wurde, als die Gehirnsymptome nachliessen; nach einigen Tagen schritten beide Affektionen gleichmässig fort. Als die Gelenke befallen würden, nahmen die Brust- und Gehirnerscheinungen ab, obwohl einen oder zwei Tage später alle drei Symptomengruppen mit gleicher Stärke auftraten.

---

3. Fraktur des Schädels mit Depression bei einem Kinde von 3 Jahren.

Der Wundarzt Banner theilte einen Fall mit, wo bei einem Kinde von 3 Jahren, das von einem Pferde und Wagen auf der Strasse umgeworfen wurde, sich eine Wunde der Kopfhaut an der rechten Seite der Stirn von 2½ Zoll Länge, die einen winkeligen Lappen bildete, zeigte. Bei der Aufnahme am 25. September fand er das Perikranium vom Knochen, der in der Ausdehnung eines Sixpence blosslag, losgetrennt. Ueber der rechten Schläfe fand eine bedeutende Geschwulst durch ergossenes Blut statt; ein Knochenbruch liess sich nicht auffinden. Es war ein bedeutender Kollapsus vorhanden, die Haut am ganzen Körper kühl, der Puls sehr frequent und klein, die Respiration verlangsamt, die rechte Pupille kontrahirt, die linke erweitert, die Sensibilität der Haut stumpf. Der Körper wurde mit warmen Tüchern bedeckt, und innerlich gelinde Reizmittel verordnet. Nach vier Stunden trat eine Reaktion ein, die Pupillen waren gleichmässig erweitert, die Haut erhielt die normale Temperatur wieder. Zwei- oder dreimal stellte sich Erbrechen ein.

Vier Tage lang war das Befinden gut. Darauf entzündeten sich die Weichtheile der rechten Schläfe, Stirn und Wangen; die Entzündung breitete sich in drei Tagen über die ganze Kopfhaut aus und ging in Eiterung und Verschwärung des Zellgewebes über. Die die Entzündung begleitenden Symptome waren sehr heftig; Delirien und Koma vorhanden. Als sich am siebenten Tage das abgestorbene Zell-

gewebe entleert hatte, hörte das Delirium auf. Um dieselbe Zeit löste sich auch ein grosses Stück von den die rechte Schläfe bedeckenden Weichgebilden los, und es zeigte sich eine Fraktur und Depression des Schädels. Erstere war ungefähr 2 Zoll lang und erstreckte sich nach hinten auch auf das Scheitelbein; letztere fand an der *Sutura coronalis* statt, wo das Stirnbein vom Scheitelbein getrennt war. Die Depression betrug nicht mehr als ¼ Zoll. Der Knochen war in einem Umfange von mehreren Zollen blossgelegt. Auch waren mehrere andere Stellen des Schädels ihres Perikranium beraubt, wie man durch die Oeffnungen wahrnehmen konnte, die, um dem Eiter einen Ausfluss zu gewähren, gemacht wurden. Ein grosser und schmerzhafter Abszess bildete sich über dem rechten Wangenbein. Von dieser Zeit an besserte sich das Kind. Der blosgelegte Knochen fing an zu granuliren, und nahm mit Ausnahme eines kleinen Theils, der später, wenn auch nicht in seiner ganzen Dicke, exfoliirte, ein gesundes Aussehen an. Die Besserung nahm allmälig zu bis zum 7. Dezember, wo die Kranke von heftigen dysenterischen Symptomen ergriffen wurde. Am 9ten stellte sich Koma ein, und am 10ten starb sie, fast drei Monate nach der erhaltenen Verletzung.

Sektionsbefund. Der Körper war sehr abgemagert. Fünf von einander getrennte Oeffnungen befanden sich in der Kopfhaut am Hinterhaupts-, Scheitel-, Stirn- und rechten Schläfenbein, von denen die grössten am rechten Schläfen- und Scheitelbeine lagen. Hier hatte die Exfoliation stattgefunden. Nach Entfernung der Schädeldecke, die sehr dünn war, fand man die Duramater vom Schädel losgelöst und etwas dicker und blasser als im normalen Zustande. Die Gehirnsubstanz war weicher als gewöhnlich. Ueber drei Unzen einer serös-eitrigen Flüssigkeit flossen aus den Ventrikeln aus. Im vorderen Lappen der rechten Hemisphäre befand sich ein grosser Abszess, der wenigstens vier Unzen Eiter enthielt, und sich in das vordere Horn des rechten Ventrikels hinein erstreckte. Das kleine Gehirn war weicher und von dunklerer Farbe als im normalen Zustande. —

Hr. Banner lenkte die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf den auffallenden Krankheitsprozess innerhalb des Schädels, der lange Zeit bestanden haben musste, ohne sich durch irgend ein Symptom kund zu geben. Vor dem Anfalle der Dysenterie sass das Kind aufrecht, und nahm täglich Nahrung zu sich. Das Bewusstsein war ungestört. Man konnte mit Recht eine Heilung erwarten.

VI. Miszellen und Notizen.

Die Ausschneidung der Parotis wurde von Dr. C. A. **Luzenberg** in Neu-Orleans an einem 8 Jahre alten Kinde verübt, und zwar mit dem glücklichsten Erfolge. Das Kind lebt noch jetzt. Vor der Ausschneidung wurde um die *A. Carotis communis* eine Ligatur locker umgelegt, um sie im Nothfalle zuziehen zu können. Die Parotis war verdickt, vergrössert und verhärtet. Dr. L. machte zuerst einen Schnitt rund um die Basis des Tumors, dann löste er die Masse behutsam heraus; es trat aber eine so bedeutende Blutung ein, dass die Ligatur um die Karotis zugezogen werden musste. Dann wurde die Drüse vollkommen ausgeschält. Die Operation dauerte etwa 30 Minuten. Die zurückgebliebene Lücke wurde mit Scharpie ausgefüllt; aber die Heilung geschah gut und vollständig. (*New-Orleans medical Journal.*)

Ueber Gesichtslähmungen bei Neugeborenen. Hr. Prof. **Dubois** in Paris zeigte im vorigen Sommer in seiner Klinik ein neugeborenes Kind mit einer Lähmung der linken Gesichtshälfte. Diese Art von Lähmung, sagt er, ist durchaus nicht selten nach Anwendung der Zange; es geht fast kein Jahr vorüber, wo man in den Entbindungsanstalten nicht Beispiele dieser Art sieht. Die Erscheinungen dieser Lähmung sind wie bei Erwachsenen; sie bestehen besonders in einer Kontraktion der Muskeln an der nicht gelähmten Seite, in einem eigenthümlichen Wechsel von Erweiterung und Verengerung des gesunden Nasenflügels während der Athmung, wogegen der Nasenflügel der kranken Seite unbeweglich bleibt; endlich bleibt das Auge der gelähmten Seite offen stehen, weil der Aufhebemuskel des Augenlids von der Lähmung nicht mitbetroffen ist, sondern nur der Schliessmuskel, der sich also nicht zusammenzieht. Diese Lähmung der Neugeborenen entspringt offenbar aus einem Drucke des Facialis durch einen der Zangenarme. Sehr selten aber tritt eine solche Lähmung bei Neugeborenen spontan oder aus anderen Ursachen auf. Das Kind, das der Professor vorstellte, war ohne alle Instrumentalhülfe geboren worden, die Geburt ging leicht und natürlich von statten; der Prof. glaubt sich die Lähmung bei diesem Kinde nur aus einem Drucke, den es von den Beckenknochen der Mutter erlitten hat, erklären zu können. In der That ergab eine genaue Untersuchung der Mutter, dass sie innen

an der linken Seite des Beckens einen Knochenauswuchs hatte, wovon also der Druck auf den Facialis des Kindes hergekommen sein kann. Hiermit stimmte nur der Umstand nicht, dass das Kind die Lähmung an der linken Seite hatte, die es, da es mit einer normalen Hinterhauptslage geboren wurde, alsdann an der rechten Seite hätte haben müssen. Indessen ist es möglich, dass eine Rotationsbewegung des Kindes während des Geburtsaktes stattgefunden hat; aber es ist auch möglich, sagt der Prof., dass die Lähmung von einem Tumor innerhalb des Schädels herrühren könne. Eine Lehre ist mit Bestimmtheit aus diesem Falle zu entnehmen, nämlich, dass die halbseitige Gesichtslähmung bei Neugeborenen nicht blos immer durch einen Druck der Zange entstehe, sondern auch aus anderen Ursachen eintreten könne.

Gegen Kephalämatom, wenn die Blutgeschwulst unter dem Perikranium ihren Sitz hat, behauptet Dr. Henderson in einer kurzen Notiz des *Northern Journal of medicine*, sei es am besten auf folgende Weise zu verfahren: Er sticht am 5ten Tage nach der Geburt eine Lanzette durch die äussere Kopfhaut durch, verschiebt diese dann ein wenig, und schiebt nun die Lanzette in den Tumor. Dann quetscht er den Blutinhalt heraus. Die Nachbehandlung besteht in lauwarmen Bädern Morgens und Abends.

VII. Bibliographie.

D. Francis Condie, M. D., *A practical Treatise on the diseases of children. Philadelph.* 1844. 8. 651 S. — Ein dickleibiges Buch, das nichts weiter ist, als eine Zusammenstellung des Bekannten, ohne Kritik, mit oft unrichtigen Zitaten; nur hier und da etwas Neues enthaltend.

Jeden Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VI.] BERLIN, MÄRZ 1846. [HEFT 3.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Ueber das in der unteren Körperhälfte zusammen verschmolzene Zwillingspaar aus dem Bezirke La Châtre, im Departement der Indre in Frankreich.

(Hierzu die Abbildung.)

Haben wir im Januarheft unseren Lesern Abbildung und Bericht von einer höchst interessanten Monstruosität vorgelegt, welche darin bestand, dass aus einem völlig ausgebildeten Individuum die unteren Gliedmaassen eines anderen rudimentösen Individuums hervorgewachsen waren, so können wir jetzt das Interesse daran noch mehr steigern, indem wir eine Mittheilung über eine Monstruosität folgen lassen, die in gewisser Beziehung eine noch grössere Merkwürdigkeit ist, insofern wir darin eine neue Gattung finden, welche die Anschauung der früher geschilderten vervollständigt. Hr. Isid. Geoffroy St. Hilaire hat, wie wir gezeigt haben (siehe dieses Journal, Januar 1846, S. 79), die wahren Monstruositäten in 2 Abtheilungen gebracht, nämlich in Autositen, wo zwei Individuen von gleicher Entwickelung und gleicher Berechtigung, von denen man nicht sagen kann, dass das eine oder das andere das eigentliche oder tragende oder ernährende Geschöpf des zweiten sei, zusammengewachsen sind, und in Parasiten, wo von den beiden zusammengewachsenen Individuen nur das eine vollständig ausgebildet, das andere aber rudimentös geblieben ist. Gehörte die früher abgebildete Monstruosität zur zweiten Abtheilung, so gehört die, von der wir jetzt zu sprechen haben, zur ersten.

Die Mittheilung hierüber entnehmen wir aus dem Berichte, welchen Dr. Chereau an die medizinische Gesellschaft des in der Ueberschrift erwähnten Bezirks am 30. Oktober v. J. abgestattet hat. — Im Monat Dezember 1844 wurde die Frau des Arbeitsmannes Pierre

Grazon im Weiler Chasse-Pain, welcher zum Bezirke de la Châtre gehört, zum siebenten Male schwanger; sie war damals 38 Jahre alt, von kräftiger Konstitution und etwas unter Mittelgrösse; ihre letzte Schwangerschaft hatte nichts Besonderes, und alle ihre früheren Kinder sind wohlgestaltet und am Leben. Am 6. August 1845 wurde sie nach einer 17stündigen Geburtsarbeit um 7 Uhr Morgens durch eine Hebamme von einem zusammengewachsenen Zwillingspaar entbunden, welches hier abgebildet ist. Es war nur ein einziger Mutterkuchen und ein einziger Nabelstrang vorhanden, und das Doppelgeschöpf war von denselben Hüllen umschlossen.

Es zeigt dieses Doppelgeschöpf zwei horizontal gegen einander gestellte Individuen dar, welche von den Köpfen an bis zur Basis des Thorax vollkommen geschieden sind, aber zusammen nur einen Bauch haben und einen einzigen Nabel, welcher etwas seitlich von der Mittellinie des Bauches sich befindet; ein einziger After sitzt am untersten Theile der Lumbargegend, und ist mit zwei länglichen nymphenartigen Karunkeln bedeckt, welche den Anblick einer Vulva gewähren; unterhalb dieser Karunkeln sieht man zwei Oeffnungen, von denen die eine, welche rechts liegt, der Kothentleerung dient, und die andere, welche links liegt, die Vulva darstellt, und dem Ausflusse des Urins dient, der aus einer einzigen und deutlichen Mündung kommt. Die so dargestellte Gesammtmasse der beiden Kinder lässt sich in 3 Theile bringen, in zwei seitliche und in einen mittleren Theil; die beiden seitlichen Theile bilden zwei geschiedene, deutlich getrennte Individuen; der mittlere Theil aber gehört beiden Individuen gemeinsam. Jeder der beiden seitlichen Theile hat einen Kopf, zwei Arme, einen Thorax und eine kleine Portion der epigastrischen Parthie des Bauches, und sind so geordnet, als wenn man sich zwei Kinder, die unterhalb des Thorax abgeschnitten sind, perpendikulär gegeneinandergestellt und in dieser Stellung mit einander verwachsen denkt. Beide Köpfe sind wohlgestaltet und mit vielen, schwarzen Haaren bedeckt; sie haben beide dieselben Maasse und denselben Gesichtswinkel. Jeder Kopf hat zwei blaue wohlgestaltete Augen; Nase, Mund, Ohren, Schultern, Arme, Hände, Finger und alle übrigen Theile bis zur Basis des Thorax sind vollkommen gut und ebenmässig gebildet. Es sind bis dahin zwei geschiedene Individuen, sowohl in Bezug auf den Bauch als auch in Bezug auf die Verrichtungen und Empfindungen, und sie wurden deshalb auch mit zwei Namen getauft, nämlich mit den beiden Namen Philomele und Helene.

Es ist also der mittlere und untere Theil der beiden Körper, welcher die Monstruosität bildet. Diese mittlere Portion, welche als ein beiden Individuen gemeinsamer Bauch sich darstellt, zeigt zwei wohlgestaltete vollständige Beine, welche keineswegs beide einem der zwei Individuen angehören, sondern von denen das eine, nämlich das rechte der Helene, das linke der Philomele angehört, wie sich aus einer näheren Untersuchung ergeben hat. Die Bewegungen sind nämlich vollkommen unabhängig von einander und gehorchen in jedem der beiden Glieder dem Nervenheerde des einen und desselben Wesens, und auch die Pulsationen der Kniekehlarterien sind nicht isochronisch. Während nämlich das eine Individuum 84 Pulsschläge zeigt, welche Zahl sich auch in dem ihm angehörigen Beine zu erkennen gab, zeigte das andere Individuum mit seinem Beine eine Anzahl Pulsschläge mehr oder auch weniger. Ein Kneifen der Haut des rechten Beines wurde von der Helene und des linken Beines von der Philomele empfunden. Diese beiden Beine stehen nach der einen Seite des gemeinsamen Bauches.

Ein drittes Bein sieht man an der anderen Seite des gemeinsamen Bauches; dieses Bein hat eine unregelmässige Gestalt und enthält zwei aneinander gelegte oder verschmolzene Femurknochen; neben der Tibia dieses Beines findet sich eine zweite verkümmerte Tibia; der Fuss ist verdreht und hat 7 Zehen, von denen die meisten mit einander verschmolzen sind. Es besteht also dieses dritte Bein eigentlich aus zwei zusammengewachsenen Beinen, welche ursprünglich getrennt gewesen, aber in den ersten Perioden ihrer Entwickelung, als sie sich noch in einem gallertartigen Zustande befanden, zusammengewachsen sein mögen. Bringt man die beiden vollständig gebildeten Beine an der anderen Seite auseinander, so erblickt man den Geschlechtsapparat, welcher aus einer unvollständigen Vulva besteht, die nur von zwei Hautfalten gebildet ist, unter welchen eine Oeffnung oder eine Art Kloake sich befindet, die in der Tiefe zwei Mündungen zeigt, von denen die eine, wie bereits gesagt, der Kothausleerung, die andere dem Urinausflusse dient, und an der Seite dieser Oeffnungen gewahrt man zwei fleischige Körper, die man für zwei kleine modifizirte Nymphen halten kann.

Das Doppelkind ist am Leben geblieben, jetzt 95 Tage alt und von ganz guter Gesundheit. Die innere Untersuchung würde gewiss zu höchst interessanten Ergebnissen führen, und so lange, bis eine solche Untersuchung möglich wird, müssen wir uns begnügen, aus den

Verrichtungen und den übrigen Erscheinungen, welche dieses Doppelgeschöpf darbietet, Schlüsse auf die innere Lage und Beschaffenheit der Organe zu ziehen. Wir haben, wie zum Theil schon erwähnt worden, vor uns eine vollkommene Geschiedenheit der Funktionen der Lungen, des Herzens, des Gehirns, des Magens, des Duodenums, und wahrscheinlich auch einer Portion des Dünndarms und der Leber. Was die Sinne betrifft, so ist das Gehör, das Sehen, das Riechen, das Schmecken und das Tastgefühl in jedem der beiden Körper deutlich für sich bestehend. Von dem Doppelgeschöpf kann das eine Kind sich im süssesten Schlafe befinden, und das andere wach sein. *Helene* zeigt bisweilen ein Verlangen nach Nahrung, während Philomele nichts will. Interessant ist, dass nur Philomele die Brust nimmt; Helene kann bei der schönsten Konformation ihres Mundes, aller Anstrengung ungeachtet, nicht saugen, und muss deshalb gepäppelt werden. Das eine der beiden Kinder kann schreien, während das andere ruhig ist, oder lächelt. Auch die Verdauung scheint bis zum Duodenum individuell zu sein, aber von diesem Punkte an eine beiden gemeinsame Funktion zu werden. Die Absorption der Nahrungsstoffe geschieht demnach in einem beiden Wesen gemeinsamen Kanal, und auch die Kothbildung, so wie die Kothausführung scheint für beide ebenfalls nur ein Organ zu haben. Wie aber verhalten sich das Lymphsystem des Bauches, die *Vasa lactea*, der *Ductus thoracicus*, der *Ductus hepaticus* und *choledochus*, die Aorta und die Aeste derselben, das Pfortadersystem, die grossen Nervenstränge des Bauches, der Sympathikus, die Nieren, das Pankreas, die Milz? Sind sie doppelt, oder sind sie einfach vorhanden, und welches ist ihre Lage, ihre Form und ihre sonstige Beschaffenheit? Wenn sie doppelt sind, sind sie mit einander verschmolzen, oder liegen sie getrennt von einander? Auf welche Weise sind die Hüftknochen gestaltet, wie sitzen die Beine an denselben, und wie verhält sich der untere Theil des Rückenmarks?

Hypothesen können genug aufgestellt werden, aber sie sind nicht zu erweisen. Was den Geschlechtsapparat betrifft, so sind die tieferen Organe desselben unzweifelhaft eben so unvollkommen, unregelmässig, abnorm, wie die äusseren. Interessant wird es sein, wenn das Doppelgeschöpf am Leben bleibt, es ferner zu beobachten, sein Wachsthum, seine Entwickelung, seine Kundgebung der Empfindungen, und namentlich die Art der Geschlechtsfunktion.

Die Fälle von einem Zusammenschmelzen zweier Individuen, welche Breschet *Diplogenesis per fusionem* nennt, sind nicht

selten; aber der Umstand, dass dieses Doppelgebilde am Leben geblieben, dass es zwei Beine nach der einen und zwei nach der anderen Seite hin hat, unterscheidet es von allen bisher bekannten Monstruositäten dieser Art. Buffon hat uns von zwei ungarischen lebenden Mädchen erzählt, die mit den Seiten zusammengewachsen waren. Der After war gemeinsam, das Bedürfniss der Kothentleerung auch; da aber jedes Individuum seinen besonderen Harnkanal hatte, und da doch behufs der Urinentleerung die eine mit musste, wenn die andere dazu gedrängt war, so wurde die Verrichtung dieser Funktion ein fortwährender Gegenstand des Streites zwischen den beiden armen Schwestern. Mit Ausnahme der Masern und der Pocken, welche beide Individuen zu gleicher Zeit hatten, bezog sich jede andere Krankheit nur immer auf das Individuum allein, welches davon befallen war. Das Paar wurde 22 Jahre alt; ein Fieber raffte die eine der Schwestern fort, und die zweite verfiel 3 Minuten nach dem Tode derselben ebenfalls in Agonie, so dass beide fast zu gleicher Zeit starben.

Im Jahre 1775 zeigte man zu Paris ein Monstrum, aus 2 Mädchen bestehend, welche vom Halse bis zum Nabel zusammengewachsen waren, und die lebten, bis sie die Taufe empfangen hatten. Das Paar war mit den Seiten zusammengewachsen, und an dieser Seite waren beide Arme in einen einzigen verschmolzen. Das Monstrum schien demnach nur 3 Arme zu haben, 2 wohlgestaltete und am gehörigen Ort befindliche, und einen 3ten zwischen den beiden Körpern; dieser 3te Arm, obwohl aus einfachen Knochen bestehend, hatte doch 2 Fäuste und 2 wohlgestaltete, mit dem Daumen verschmolzene Hände.

Das *Journal des Savants* für das Jahr 1665 berichtet, dass im Jahre vorher von Oxford ein Kind geschickt wurde, welches 2 diametral sich entgegenstehende Köpfe, 4 vollständige Arme, einen einzigen Bauch und 2 Beine hatte. Das Monstrum wurde als aus 2 Individuen bestehend betrachtet, welches auch so getauft wurde; der eine Kopf erhielt den Namen Martha, der andere Marie. Als das Doppelgeschöpf starb, ergab die Untersuchung, dass von oben an bis zur Mitte des Darms beide Körper vollständig doppelt von einander geschieden waren, dass von da an aber Alles einfach war.

Das *Journal de Trevaux* vom Jahre 1724 berichtet die Geschichte eines Geschöpfes, welches Domrey la Pucelle hiess, und von oben bis zum Nabel doppelt war, aber nur nach der Mitte der linken Hüfte zu den Stumpf eines 3ten Oberschenkels zeigte. Die beiden Köpfe hatten jeder eigene Empfindungen und eigenen Willen;

Alles war bis zum Nabel getrennt, von an aber gemeinsam; die beiden Köpfe z. B. zeigten auf gleiche Weise den Ausdruck des Schmerzes der in den unteren Theilen erregt wurde, aber jedes Individuum hatte für die Eindrücke auf die oberen Theile die Empfindlichkeit für sich.

In den *London Philosophical Transactions* vom Jahre 1754 findet man die Beschreibung und Abbildung zweier jungen Mädchen, Namens Helena und Judith, die mit dem unteren und hinteren Theile des Rückens verwachsen waren, und 22 Jahre alt wurden. Die Untersuchung nach ihrem Tode zeigte, dass ihre Abdominalgefässe in sehr bedeutendem Grade mit einander anastomosirten. — Bekannt sind die vor wenigen Jahren gezeigten zusammengewachsenen beiden Siamesen und die beiden verwachsenen Mädchen Rita und Christina. In einer im Jahre 1831 veröffentlichten Abhandlung giebt uns Hr. Villeneuve die Beschreibung zweier Geschöpfe, die beide mit dem Scheitel ihrer Köpfe zusammengewachsen waren. In einem Berichte, welchen Hr. Serres Namens des Hrn. Guyon, dirigirenden Wundarztes der Armee in Afrika, der Akademie der Wissenschaften am 11. Dezember 1838 abstattete, war von zwei wohlgestalteten Mädchen die Rede, welche im Thorax mit einander verwachsen waren. Nach dem Tode fand man Folgendes: Die Wirbelsäule spaltete sich vom letzten Rückenwirbel an abwärts in zwei Aeste; es waren zwei Herzen, das eine an dem anderen seitlich anliegend, vorhanden; rechts eine Lunge mit vier Lappen, links eine mit drei; 2 Speiseröhren, 2 Magen, 2 Duodenum, 2 Jejunum; beide Dünndärme fast parallel neben einander laufend, aber dann in eine einzige Röhre ausgehend; eine einzige Blase; zwei Uterus; zwei Vaginen in eine einzige Vulva mündend.

Am 12. Januar 1838 wurde in einem Dorfe nahe Exeter in England ein Doppelgeschöpf geboren, welches aus zwei Mädchen bestand, die mit dem Brustknochen und noch 3 Zoll lang vom Bauche mit einander verwachsen waren.

Bis jetzt hat man in Bezug auf die Art und Weise, wie die Natur bei Bildung der Monstruositäten verfährt, noch sehr wenig ermittelt; nur einige wenige Sätze hat man aufgefunden, die sich auch bei diesem hier abgebildeten Doppelgeschöpf wieder bestätigen:

1) Es verwachsen nur von 2 Individuen homologe Theile mit einander, und zwar sind beide Individuen in gleicher Ausbildung neben einander vorhanden, und das eine hat zur Verwachsung so viel hergegeben wie das andere, oder es sind von dem einen nur mehr oder

minder grosse Ueberreste vorhanden, oder ein grösserer Antheil zur Verwachsung hergegeben als vom anderen.

2) Die Monstruositäten sind häufiger links als rechts, und häufiger an der oberen Hälfte des Körpers als an der unteren.

3) Weibliche Bildungen werden häufiger davon ergriffen als männliche.

Von der Verhärtung des Zellgewebes der Neugeborenen im Vergleich zu der der Erwachsenen, von Dr. Helfft, prakt. Arzte in Berlin.

Seit der Veröffentlichung meines Aufsatzes über das *Erysipelas serpens* der Kinder, worin ich zwei Fälle von Sklerose des Zellgewebes bei Erwachsenen mitgetheilt, habe ich noch zwei andere in Trousseau's *Journal de Médecine* beschrieben gefunden, die ich sowohl ihres seltenen Vorkommens wegen, als auch weil sie vielleicht über das Wesen dieser so dunklen Affektion bei Neugeborenen einigen Aufschluss geben, ebenfalls hier bekannt machen will.

Marie T., 15½ Jahre alt, war gewöhnlich vollkommen gesund, und ward im 14ten Jahre menstruirt. Im Anfange traten zwar die Menses etwas unregelmässig ein, flossen aber dann auf normale Weise. Vor ungefähr einem Vierteljahre war sie so unbedachtsam, während sie die Menses hatte, in eiskaltem Wasser Wäsche zu spülen, und sogleich wurden dieselben supprimirt.

Fast unmittelbar darauf bemerkte sie eine Steifigkeit und schwere Beweglichkeit des Halses, die sich in den nächsten Tagen zwar steigerte, da sie jedoch nicht von Schmerzen begleitet war, von ihr nicht beachtet wurde, und so setzte sie ihre Geschäfte noch einen Monat hindurch fort.

Indessen empfand sie bald eine Steifigkeit in den Armen, die sich nach einiger Zeit auf die Schultern und Brust ausdehnte. Die Eltern, die dieser bisher wenig beachtete Zustand zu beunruhigen anfing, wendeten sich an einen Arzt, der Blutegel im Nacken, Einreibungen, lauwarme Bäder und Abführmittel verordnete; da diese Mittel jedoch ohne Erfolg blieben, so entschloss sich die Kranke am 4. April 1844, sich in das Hospital Necker aufnehmen zu lassen.

Bei der Untersuchung zeigte sich eine bedeutende Steifheit des Halses, die Haut am vorderen Theile desselben, im Nacken und am

Rücken war so gespannt, dass sie nicht mit den Fingern aufgehoben werden konnte; die Falten und Furchen in dieser Gegend waren gänzlich verschwunden.

Die verschiedenen Bewegungen des Kopfes und Halses, sowohl die Drehung wie das Biegen nach vorn und hinten, waren, wenn auch nicht ganz unmöglich, dennoch sehr erschwert und mühsam. Ferner war die Haut daselbst mit dem darunter liegenden Zellgewebe so fest verbunden, dass das Auf- und Abwärtssteigen des Larynx beim Schlukken bedeutend beeinträchtigt war.

Die Haut am Gesichte nahm ebenfalls an dieser Rigidität Theil. Die Augenlider und Nasenflügel konnten nur mit Mühe bewegt werden; die Wangen zeigten eine bedeutende Härte; eben so die Lippen, die die Kranke fast gar nicht zu bewegen im Stande ist; auch, was sehr auffallend war, die Zunge nahm an dieser Härte Theil. Den Mund hielt das Mädchen gewöhnlich offen und ihre Sprache war undeutlich. Das ganze Gesicht hat das Ansehen einer Maske, alle Furchen sind verschwunden und die Haut glatt und straff ausgespannt.

Auch die Haut am vorderen und hinteren Theil des Thorax und am Unterleibe war bedeutend indurirt, und die noch wenig entwickelten Brüste so hart wie Stein.

An den oberen Extremitäten nahm die Verhärtung von oben nach unten zu ab; am intensivsten war sie an den Oberarmen, besonders an ihrer äusseren Fläche, nicht so stark an den Vorderarmen, und hörte auffallender Weise plötzlich an den Händen auf, so dass die Haut an denselben und an den Fingern ihre natürliche Weichheit behalten hatte und letztere ohne Beschwerde bewegt werden konnten.

Die unteren Extremitäten waren frei geblieben, indem die Affektion sich unmerklich an den Hinterbacken verlor.

Es muss hierbei bemerkt werden, dass die Haut an keiner Stelle geschwollen, und beim Fingerdruck keinen Eindruck wie beim Oedem zurückliess; vielmehr war die innere Seite der Arme, anstatt wie beim Oedem abgerundet zu sein, etwas abgeplattet. — Uebrigens hatte die ganze Körperoberfläche, selbst da, wo die Verhärtung den höchsten Grad erreicht, weder ihre Sensibilität, noch Transpiration eingebüsst und keine abnorme Färbung angenommen; die Gesichtsfarbe ist sogar frisch, gesund; endlich war die Temperatur überall normal, weder erhöht, noch erniedrigt, sowohl an den indurirten, wie auch an den nicht befallenen Stellen.

Alle Funktionen gingen regelmässig von Statten. Der Appetit

war gut, die Verdauung ungestört, der Schlaf ruhig, der Puls von normaler Frequenz. Die Herzgeräusche boten nichts Abnormes dar, eben so wenig die Untersuchung der Lungen.

In den ersten vierzehn Tagen wandte Trousseau die schweisstreibende Behandlung an, und liess Dampfbäder, aber ohne Erfolg, gebrauchen, darauf ging er zu Sublimatbädern über. Da die Kranke am 25. April über Kopfschmerz klagte und andere Symptome auf einen plethorischen Zustand hindeuteten, so ward ein Aderlass von 12 Unzen gemacht. Am Tage darauf zeigte sich eine sehr unbedeutende Abnahme der Verhärtung. Es wurde nun zu alkalischen Bädern mit *Natron subcarbonicum* geschritten; da aber nach einigen Tagen von Neuem kongestive Erscheinungen eintraten, ward wiederum ein Aderlass und Blutegel an den Oberschenkeln verordnet; auch dieses Mal schien sich eine Verringerung in der Verhärtung wahrnehmen zu lassen.

Im Anfange des Mai wurde, da keine Molimina vorhanden waren, die einen spontanen Wiedereintritt der Menses vermuthen liessen, zu Emmenagogis geschritten, und täglich eine Mixtur mit *Tinct. Jodi* und *Crocus* verordnet; gleichzeitig wurden die alkalischen Bäder fortgesetzt.

Gegen die Mitte des Mai zeigte sich eine wahrnehmbare Besserung. Die Haut am vorderen Theile des Halses und der Brust war etwas weicher geworden; doch die des Nackens und Rückens noch von gleicher Härte und Spannung. An den oberen Extremitäten hatte sie an der äusseren Fläche abgenommen, sich hingegen an der inneren gesteigert, so dass die Extension bedeutend erschwert ist.

Am 8. Juli traten die Regeln, ohne dass andere Symptome vorangegangen waren, wieder ein, und flossen, obgleich in geringer Menge, zwei Tage. — Gleich nach ihrem Eintritt hatte die Verhärtung am vorderen Theile des Halses augenscheinlich an Intensität verloren, und auch an den oberen Extremitäten, die anfangs noch unverändert hart blieben, liess sie allmälig nach.

Da am 8. August die Menses nicht von selbst wieder eintraten, so ward zwei Tage hindurch ein drastisches Abführmittel verordnet, das reichliche Stuhlentleerungen hervorrief, aber keine Wirkung weiter hatte; es wurde daher wieder die *Tinct. Jodi* gereicht.

In der Mitte des September verliess die Kranke, ohne dass sich in diesem Monate die Menstruation wieder eingestellt hätte, das Hospital. Die Verhärtung war noch, obwohl in geringerem Grade, vorhanden.

Dr. Thirial sah die Kranke im Januar dieses Jahres und fand sie vollständig von ihrem Leiden befreit. Vierzehn Tage nach ihrem Austritt aus dem Hospital waren die Menses zur gehörigen Zeit eingetreten und hatten vier Tage angedauert, seitdem waren sie regelmässig alle Monate wieder erschienen. Von der Zeit an, wo die Funktionen des Uterus wieder normal von Statten gegangen, liess sich eine auffallende Abnahme der Verhärtung wahrnehmen, und dieselbe verschwand allmälig vollständig. Thirial fand die Haut weich, die Bewegungen des Halses nach allen Richtungen frei, das Gesicht hatte seine normale Beweglichkeit und Ausdruck wieder erlangt, und die Zunge war weich und konnte mit Leichtigkeit bewegt werden. Die Kranke befindet sich in jeder Hinsicht vollkommen wohl.

Der zweite Fall betrifft ein Mädchen von 21 Jahren, die am 27. November 1833 nach dem Hôtel-Dieu kam. Vor fünf Monaten waren die Regeln plötzlich, ohne dass sie eine Ursache anzugeben weiss, supprimirt worden. Bald darauf stellten sich Magenschmerzen und ein quälender Husten ein, die abwechselnd verschwanden und wieder eintraten. Vor ungefähr vierzehn Tagen bemerkte sie eine Steifigkeit des Halses, die sich in zwei oder drei Tagen über die ganze obere Körperhälfte verbreitete.

Die Haut von der Stirn an bis zum unteren Ende des Brustbeins und vom Nacken bis zu den Hüften war indurirt oder vielmehr von einer eigenthümlichen Festigkeit. Sie fühlte sich wie bei einer erfrorenen Leiche an, ohne aber kalt zu sein, sondern hatte die normale Temperatur. In Falten liess sie sich nicht aufheben, und alle Furchen waren vollständig ausgeglichen.

Dieselbe Härte fand im Gesichte statt, die Züge sind starr, die Lippen unbeweglich, die Physiognomie ohne Ausdruck; die Kranke konnte nur mit grosser Mühe sprechen und gar nicht lachen. — Fast von gleicher Beschaffenheit war die Haut an den oberen Extremitäten, besonders an der äusseren Seite der Arme; hingegen an den Händen unverändert. Der Fingerdruck liess nur, wenn er sehr lange fortgesetzt wurde, eine Impression zurück.

Hiermit verbunden war eine bedeutende Blässe des ganzen Körpers, so dass die Kranke wie eine Wachsfigur aussah.

Die Sensibilität der Haut, so wie ihre Temperatur waren normal. Fieber fand nicht statt; der Appetit war unverändert. Die Kranke klagte nur über etwas Kopfweh und litt an einem unbedeutenden spastischen Husten, ohne bedeutende Respirationsbeschwerde. Auskul-

tation und Perkussion liessen nichts Abnormes von Seiten der Lungen entdecken.

Da die Amenorrhoe sich hier als das wichtigste Moment unter den Antezedentien herausstellte, so wurden von Trousseau die *Tinct. Jodi* innerlich und lauwarme Bäder nebst Klystieren mit *Asa foetida*, Kastoreum und Aloe verordnet.

Da aber nach vierzehntägiger Behandlung die Menses nicht eintraten, so wurde zur schweisstreibenden Behandlung durch Dampfbäder geschritten. Aber auch dieser Weg zeigte sich ohne Erfolg, so dass die Kranke entlassen zu werden wünschte, und sich dann nicht wieder sehen liess.

Vergleicht man die Symptome in diesen beiden Fällen mit denen, die bei der Sklerose der Neugeborenen beobachtet werden, so zeigt sich in den meisten eine grosse Uebereinstimmung, während nur einige eine Abweichung darbieten.

Gehen wir dieselben einzeln durch, so finden wir, dass bei Kindern die Verhärtung der Haut und des Zellgewebes gewöhnlich entweder über den ganzen Körper oder über einen grossen Theil desselben verbreitet ist, und nur ausnahmsweise auf einzelne Parthieen, wie die Arme, Hände, Füsse u. s. w., beschränkt bleibt. Die Haut ist fest, steinhart, und hängt mit dem darunter liegenden Zellgewebe innig zusammen, so dass sie nicht in Falten aufgehoben werden kann. Im höchsten Grade gleicht die Härte derjenigen, die sich bei einer erfrorenen Leiche darbietet, und dieser Vergleich bewährt sich hier um so mehr, da die Haut sich zugleich kalt anfühlt.

Diese Verhärtung ist in den meisten Fällen mit einem Oedem verbunden, welches, worauf Valleix [1]) zuerst aufmerksam gemacht hat, nur eine sekundäre Erscheinung ist, und von der Störung in der Respiration und Zirkulation abhängt. Nach Billard [2]) soll es den Hauptcharakter der Krankheit bilden, während die Härte nur die Wirkung der mechanischen Ausdehnung der Haut durch die in die Maschen des subkutanen Zellgewebes infiltrirte Flüssigkeit ist. Dugès und einige andere Aerzte halten hingegen die Verhärtung und das Oedem für zwei Varietäten oder vielmehr verschiedene Zustände derselben Krankheit. Mir scheint die Ansicht Valleix die richtige zu

---

1) *Clinique des maladies des enfans nouveaux-nés*, 1838.
2) *Traité des maladies des enfans nouveaux-nés et à la mamelle.*

sein. Dass dieses Oedem nicht bei allen Kindern vorkömmt, beweist ein von Trousseau im Hospital Necker beobachteter Fall. Das Kind ward schon mit einer Verhärtung der Haut des ganzen Körpers in die Anstalt gebracht, und lebte noch zwei Tage. Dieselbe war steinhart, eiskalt, und der Fingerdruck liess nicht den geringsten Eindruck zurück. Bei der Sektion zeigte sie sich noch einmal so dick als im normalen Zustande; der *Panniculus adiposus* glich einem Stücke rohen und halb getrockneten Speckes, und enthielt nicht einen Tropfen seröser Flüssigkeit.

Ist Oedem vorhanden, so bietet es alle die bekannten Charaktere dar. Es breitet sich von unten nach oben aus; die Theile sind geschwollen und behalten längere Zeit den mit dem Finger hervorgebrachten Eindruck bei.

Mit dem Oedem tritt zugleich eine livide Färbung der ganzen Haut auf, die später einer bedeutenden, gleichsam leichenähnlichen Blässe Platz macht. In manchen Fällen stellt sich eine wirklich ikterische Färbung ein.

Hieran reihen sich noch als konstante Symptome die bedeutende Kälte sowohl der ganzen Körperoberfläche, als auch der Zunge und Mundhöhle, ein somnolenter Zustand, ein kleiner, kaum fühlbarer Puls, ein unvollkommenes Oeffnen und Schliessen der Augen, und in sehr vielen Fällen ein charakteristisches, dem Wimmern ähnliches Geschrei der Kinder, welches einige von einer ödematösen Anschwellung der Stimmbänder herleiten wollen, die Rochoux nebst der Epiglottis serös infiltrirt gefunden hat, Andere der blossen Verhärtung der inneren Wandungen der Mund- und Rachenhöhle zuschreiben, da die Stimme nicht nur durch die aufgehobenen Schwingungen der Stimmbänder, sondern auch durch Veränderungen in den Theilen, durch welche die Luft hindurchstreicht, modifizirt wird. Diese Ansicht scheint mir die annehmbarste zu sein, während Valleix's, dass dieses Wimmern nur von der grossen Schwäche der Kinder herrühre, zu verwerfen ist.

Dies sind die Hauptsymtome der Krankheit, während alle anderen, die von Aerzten sonst noch aufgestellt werden, den mit derselben in keinem Zusammenhange stehenden Komplikationen angehören.

In den beiden oben mitgetheilten und in den früher von mir erzählten Fällen bei Erwachsenen fand sich nun auch diese ungewöhnliche Härte und Rigidität der Haut, hingegen fehlten die eigenthümliche livide, blasse oder ikterische Färbung und die Abnahme der Temperatur.

Der Mangel dieser Symptome sowohl, wie der der Somnolenz, des Oedems, rührt von dem bei Erwachsenen fehlenden kongestiven Zustande der inneren Organe her, der sich bei Neugeborenen durch die Sektionen nachweisen lässt, und nach Thirial von der angeborenen Schwäche und der eigenthümlichen Beschaffenheit der Organe in diesem Lebensalter abhängen soll, weit mehr aber der plötzlichen und beträchtlichen Unterdrückung der so wichtigen Hautthätigkeit in einem so zarten Organismus zugeschrieben werden muss. Dieser Zustand bedingt daher auch bei Kindern die Wichtigkeit und den tödtlichen Ausgang der Affektion, während sie sich bei Erwachsenen als ein unbedeutendes, leicht zu hebendes Uebel herausstellt. Die Behandlung Paletta's [1]) mittelst Blutentziehungen, die er auf seine anatomisch-pathologischen Erfahrungen gründete, nämlich auf eine Ueberfüllung aller inneren Organe mit Blut, ist daher nicht so verwerflich, wie es manchen Aerzten scheinen mag.

Dass diese Störungen der Zirkulation und Respiration nicht das primäre Leiden sind, und, wie Breschet [2]) besonders nachzuweisen sich bemüht hat, in abnormen Verhältnissen der Lungen und des Herzens zu suchen seien, ergiebt sich daraus, dass sie sowohl sehr oft fehlen, als auch erst nach der Desorganisation der Haut auftreten.

Die oben mitgetheilten Fälle zeigen uns, dass die Unterdrückung der Menstruation, einer für den weiblichen Organismus nothwendigen Funktion, deren Störungen so oft abnorme Zustände hervorgerufen, auch das Leiden des Hautorgans bedingt hat; dennoch müssen wir, da dasselbe so selten auftritt, eine besondere Prädisposition von Seiten der Mädchen annehmen. Es fragt sich nun, ob nicht bei Neugeborenen im Organismus ein ähnlicher, bis jetzt noch unbekannter Prozess vor sich geht, zu dem aber ebenfalls ein disponirendes Moment von Seiten der Kinder erforderlich ist.

Die meisten Fälle werden unter den niederen Ständen beobachtet, bei schwächlichen, abgemagerten oft vor dem gewöhnlichen Termine geborenen Kindern. Zu dieser angeborenen Schwäche, die eine vollkommene Entwickelung der zum Leben nothwendigen vitalen Thätigkeiten nicht gehörig zu Stande kommen lässt, oder störend auf dieselben einwirkt, kömmt noch der Aufenthalt dieser Kinder in dumpfen,

---

1) Gerson und Julius Magazin der ausländischen medizinischen Litteratur, 1826, Heft 1.

2) *Journal général de Méd. franç. et étrangère, Août 1822.*

feuchten Wohnungen, oder in überfüllten Hospitälern und Findelhäusern, deren Luft mit miasmatischen Stoffen geschwängert ist; ferner Unreinlichkeit und eins der wichtigsten Momente: Erkältungen. Dennoch ist es auffallend, dass die Krankheit, trotzdem dass die einwirkenden Schädlichkeiten so häufig sind, nicht öfter beobachtet wird, und es muss daher noch ein prädisponirendes, uns unbekanntes Moment vorhanden sein, seien es eine gewisse Beschaffenheit der Luft oder andere schädliche Potenzen. Es ist nicht zu leugnen, dass die Affektion in manchen Ländern, zumal in Frankreich, und zu manchen Zeiten viel mehr Opfer fordert, und mithin endemische oder epidemische Einflüsse zu ihrer Entstehung beitragen müssen.

Es herrscht in dieser Hinsicht eine grosse Analogie zwischen dem *Erysipelas serpens* der Kinder und der hier in Rede stehenden Krankheit. Das Erysipelas tritt, wenn es Kinder ergreift, die den epidemischen Einflüssen der Hospitäler ausgesetzt sind, und zur Zeit, wenn Puerperalfieber herrschen, mit der grössten Heftigkeit auf, ist mit wichtigen Leiden innerer Organe komplizirt, während es sich bei Individuen, die sich unter günstigen äusseren Verhältnissen befinden, und besonders bei Erwachsenen als ein einfaches, leichtes, selten gefahrdrohendes Leiden herausstellt. Und so können wir uns auch nur die Gutartigkeit der Zellgewebsverhärtung bei Erwachsenen, hingegen ihren bösartigen Charakter bei Kindern erklären.

Cephalaematoma neonatorum, von Dr. Löwenstein, prakt. Arzte in Berlin und Arzte der Kinderheilanstalt (Blumenstrasse) daselbst.

Während einer 12jährigen, nicht unbedeutenden geburtshülflichen Praxis habe ich das Kephalämatom der Neugeborenen 8mal beobachtet.

1. Das Kind der Kattundruckerfrau H., ein schwächliches Mädchen, war rasch, ohne Kunsthülfe, in erster Scheitellage geboren worden. Die Blutkopfgeschwulst auf dem linken Scheitelbeine, dieses fast ganz einnehmend, wurde sogleich nach der Entbindung bemerkt. Nach Verlauf von 3 Wochen hatte sich die Geschwulst mehr zusammen- und nach hinten gezogen, und zeigte sehr starke Knochenränder, die erhaben, umgebogen wie Geschwürsränder erschienen. 14 Tage später hatte die Geschwulst Knorpelhärte. Als das Kind 6 Wochen alt war, war die Geschwulst knochenhart, nahm keinen

Eindruck des Fingers auf, und war so mit dem unterliegenden Scheitelbeine eins geworden. Bei genauerem Betasten war der Knochenrand sehr deutlich zu fühlen, rings um die exostosenartige Auftreibung konnte man eine Trennung des Knochens, den Suturen ähnlich, unterscheiden. Der Kopf hatte durch die Geschwulst, die dessen höchste Stelle einnahm, etwas Unförmliches, das noch nach 6 Monaten, während welcher die Entwickelung des Kindes regelmässig von Statten ging, nicht ganz beseitigt war. Nur in den ersten 3 Wochen wurden Umschläge von warmem Essig mit Kamillenthee gemacht, und leichte stuhlbefördernde Mittel gereicht. Einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit des an sich schwächlichen Kindes konnte man nicht wahrnehmen.

2. Das Kind der Ehefrau des Fabrikanten P., ein kräftiges Mädchen, wurde wegen des starken Kopfumfangs und namentlich wegen der festen, unnachgiebigen Knochen des Kopfes mittelst der Zange zur Welt befördert. Die Geburtsarbeit der erstgebärenden Mutter dauerte etwa 5 bis 6 Stunden. Die Kopflage war die zweite. Die weiche Blutkopfgeschwulst nimmt das rechte Scheitelbein fast ganz ein. Sogleich nach der Entbindung war sie nicht bemerkt worden, wohl aber schon 20 Stunden nach derselben. Der Knochenrand stark zu fühlen. Unter dem Gebrauche zertheilender, aromatischer Umschläge schreitet die Resorption rasch fort. Nach 25 Tagen ist die Geschwulst ganz verschwunden, nur die Haut derselben runzlig, faltig, lose, gleichsam zu lang; der darunter liegende Knochentheil erscheint wie (mosaikartig) eingesetzt, von dem umliegenden durch Ränder getrennt, durch Lücken einem Knochenbruch oder noch mehr einer Sutur ähnlich, aber in einem Niveau mit der Umgebung, da die Ränder keine Erhabenheit zeigen. Nach 5 Wochen vollständige Heilung; keine Geschwulst, kein Zwischenraum ist mehr zu finden, auch die Form des Kopfes erscheint als eine völlig normale.

3. Der Bruder des unter 2. genannten Mädchens wurde ein Jahr später leicht, ohne Instrumentalhülfe in zweiter Scheitellage geboren. Schon 12 Stunden nach der Geburt bemerkt man ein starkes Kephalämatom auf dem rechten Scheitelbeine, mit dem bekannten frakturähnlichen Rande, eine Linie von der *Sutura frontalis* entfernt, bis nach hinten, 2 Linien von der *Sutura lambdoidea* sich erstreckend. Bleiwasser mit Kamillenthee, später Essigumschläge, wurden zur Zertheilung angewendet, die auch, ohne alle üblen Zufälle, nach 5 Wochen vollständig gelang.

4. Das männliche Kind der Ehefrau des Schlossermeisters M., einer Erstgebärenden, wurde in erster Scheitellage mittelst der Zange aus den etwas engen Geburtstheilen eliminirt. Erst am 5ten Tage erscheint das Kephalämatom. Die umschriebene, weiche Geschwulst, 1½ Zoll im Durchmesser, sitzt auf dem linken Scheitelbeine, unweit der *Sutura sagittalis* und *lambdoidea*. Ihre Ränder geben täuschend das Gefühl, als ob der Knochen gebrochen wäre. Aromatische Umschläge, *Ung. cinereum*, eine Bleiplatte werden nach einander in Gebrauch gezogen; in 9 Wochen war die Geschwulst spurlos verschwunden, das Kind aber gut und kräftig entwickelt.

5. Bei dem Kinde der Kaufmannsfrau W., mittelst der Zange, aber ohne grosse Mühe zur Welt gebracht, wurde die Blutkopfgeschwulst auf dem rechten Scheitelbeine sogleich nach der Entbindung wahrgenommen. Der Kopf hatte sich in erster Scheitellage zur Geburt gestellt. Ein aromatischer Aufguss mit Rothwein zu Fomentationen hat eine berauschende, betäubende Wirkung, es wird daher schon nach einigen Tagen Essig mit Kamillenthee warm aufgeschlagen; nach 3 Wochen war die Geschwulst beseitigt.

Die übrigen 3 Fälle, die nur zur Beobachtung kamen, wichen von den eben erzählten im Verlaufe wenig ab. Sie kamen alle 3 nur auf Scheitelbeinen vor, erschienen resp. 12, 24 und 72 Stunden nach der Entbindung, und wurden in resp. 3, 6 und 7 Wochen durch zertheilende Mittel geheilt.

Was sich aus meinen 8 Beobachtungen abstrahiren lässt, besteht etwa in Folgendem: Das Kephalämatom kommt ebensowohl bei schwächlichen als bei kräftigen Kindern, ebenso nach leichten wie schweren Entbindungen vor. Die Stellung des Kopfes zur Geburt übt keinen konstanten Einfluss auf die Entstehung der Geschwulst im Bezug auf die rechte oder linke Kopfhälfte. Doch scheint nach meinen Beobachtungen der dem Promontorium zugekehrte Kopftheil der *Locus minoris resistentiae* zu sein, woraus, wegen der überwiegenden Häufigkeit der ersten Kopf- oder Scheitellage, folgen würde, dass das Kephalämatom meist auf den linken Scheitelknochen seinen Sitz habe, eine Ansicht, welcher Naegele's Erfahrungen gerade entgegengesetzt sind. Ich habe das Uebel unmittelbar nach der Entbindung wahrgenommen, aber auch einige Tage später, nie über 5 Tage hinaus entstehen sehen. Innerhalb 3 bis 9 Wochen wurde die Geschwulst immer glücklich beseitigt. Eine andere Methode, als die milde, durchaus unschädliche, wenn auch vielleicht etwas langsame der Zertheilung, hatte

ch nie anzuwenden Veranlassung. Das Cito muss hier wie überall lem Tute weichen. Interessant ist die Beobachtung der Geschwulst an zwei Kindern einer und derselben und zwar sehr gesunden Mutter. Ein drittes Kind, das sie später gebar, war von dem Uebel befreit. Die kranke Stelle anatomisch zu untersuchen, hatte ich leider, oder auch glücklicherweise, keine Gelegenheit.

Ich lasse nun die Erfahrungen und Ansichten anderer ärztlicher Beobachter in Bezug auf das Uebel in Rede folgen, woraus hervorgeen wird, inwiefern sie den von mir gemachten Beobachtungen widerprechen oder mit ihnen übereinstimmen. Ich habe das Kephalämatom ur innerhalb der ersten 5 Tage nach der Entbindung entstehen sehen. Nach Naegele entsteht es meist den 2ten, 3ten Tag nach der Geburt, doch führt er auch einige Fälle an, wo sich das Uebel gleich nach der Geburt zeigte. Die meisten Schriftsteller theilen diese Ansicht. Döpp, der im Findelhause zu Petersburg in 11 Jahren die Blutkopfgeschwulst 262 Mal beobachtete, will die Geschwulst immer schon gleich nach der Geburt bemerkt haben. Dr. Höre beobachtete einen Fall 3 Wochen nach der Geburt. Schäffer berichtet von einem Kephalämatom bei einem 24 Wochen alten Kinde. Das Kind war schwächlich, die Geschwulst an der linken *Spina occipitis* bildete sich ohne alle äussere Veranlassung in der 24sten Lebenswoche. Im Anfange war kein Knochenrand zu fühlen, erst in der 28sten Woche zeigte sich dieser, indem sich Karies bildete.

Nach Naegele ist keine Stelle des Kopfs, die nicht das Uebel treffen könnte. Doch sah er sie meist auf den Scheitelbeinen, und am häufigsten auf dem rechten. Döpp sah das Kephalämatom nur einmal auf dem Schuppentheil des linken Schläfenbeins und nur zweimal auf dem *Os occipitis*, die übrigen alle (also 259) auf den *Ossibus parietalibus*, und zwar fast immer näher zum oberen (?) Rande derselben hin. Von 100 Fällen kamen 64 auf dem rechten, 31 auf dem linken Scheitelbein, und 5 auf beiden Seiten gleichzeitig vor. In einem Falle war das Kephalämatom ein dreifaches, sass auf beiden *Ossibus parietalibus* und dem *Os occipitis*.

Die Art der Entbindung, der Bau des mütterlichen Beckens, die Körperbeschaffenheit des Kindes scheinen keinen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung des Uebels zu haben. Es kam nach leichten, wie nach schweren Entbindungen, bei gut und mangelhaft geformten Bekken, bei kräftigen und schwächlichen Kindern vor. Naegele hat es selten nach schweren Geburten gesehen. Auch bei Fuss- und Steiss-

lagen will man die Geschwulst beobachtet haben. Die Mehrzahl der Geburten scheint den schwierigen angehört zu haben. Valleix ist der Ansicht, dass der zirkelförmige Druck des Mutterhalses auf den Kopf des Kindes eine Ekchymose, als höchsten Grad des Kephalämatoms bilde.

Der charakteristische Knochenrand, der die Blutgeschwulst umgiebt, ist wohl keinem der Beobachter entgangen. Dagegen walten über die Bedeutung dieses Knochenrandes, so wie über die nächste Ursache und den Sitz des Uebels die grössten Verschiedenheiten ob. Paul Dubois hält das Gefühl der frakturähnlichen Trennung für eine Täuschung, und glaubt, die Extravasation sei eine ähnliche, wie der durch Trennung der mittleren Portion der Plazenta von der Gebärmutterwand bewirkte Erguss. Naegele, Höre u. A. haben sich durch Oeffnung der Geschwulst von der Integrität des Knochens überzeugt. Andere, wie Pigné, sind der Meinung, es hemme das Blut, vom Perikranium auf den Schädel stark angedrückt, die Entwickelung des Knochens, die aber in der Umgebung der Geschwulst fortschreite, und daher die Erhabenheit des Randes. Brandenburg-Schaeffer vertheidigt die Ansicht, das Gefühl eines scharfen und begrenzten Knochenrings beruhe in den ersten Tagen auf Täuschung, und derselbe werde durch die Erhebung des Perikraniums gebildet, was schon Elias v. Siebold behauptet hat. Auch Schaeffer behauptet, dass sich der Knochenring erst später als Folge von Karies bilde, im Anfange aber das Produkt einer Täuschung sei. Dagegen erklärt Trefurt die Meinung, als ob der Knochenring nur bei Karies vorhanden sei, durchaus für eine Hypothese. Er fand, dass auch nach Entleerung des Bluts der zackige Rand noch fühlbar sei und erst allmälig verschwinde. Grieselich hält den Rand für aufgelockertes und angeschwollenes Perikranium, während Döpp glaubt, dass er von einer Schicht koagulirten Bluts gebildet werde. Die älteste Ansicht über den Knochenring, zuerst von den italienischen Aerzten Peter Moscati und Paletta, dann von Michaelis und auch von Langenbeck ausgesprochen, war die, dass die äussere Knochenlamelle fehle, und daher der Knochen von vorn herein sich rauh anfühle. Langenbeck glaubt daher, das Uebel sei ein *Vitium primae conformationis*, die *Tabula externa ossis calvariae* fehle an einer Stelle, wodurch denn die *Venae diploëticae* nur vom Perikranium, der *Galea aponeurotica* und der Kutis bedeckt sind, dass das Blut, da die *Venae diploëticae* nur sehr dünne Wände hätten, entweder durch Rhexis oder durch Transsudation

aus ihnen heraustrete, und so das Perikranium an derjenigen Stelle, wo es nur auf der Diploë, ohne von den *Canalibus diploëticis* eingeschlossen zu sein, aufliege, bis dahin in eine fluktuirende Geschwulst ausdehne, wo die *Tabula externa* nicht fehlt. Wo die äussere Lamina nicht fehle, meint Langenbeck, sei sie doch so porös, dass viele sich als *Emissaria Santorini* verhaltenden Gefässe durch sie hindurchdringen. Eine andere Ansicht, die schon Naegele 1812 aussprach, ist die, dass Varikositäten der den Schädel durchdringenden Blutgefässe, die vor oder während der Geburt bersten und durch die beginnende Respiration und den neuen Kreislauf vergrössert werden, die Kopfblutgeschwulst herbeiführen. Brandenburg-Schaeffer hat einen Fall im Göttinger Gebärhause, der am 11ten Tage tödtlich endete, untersucht. Es fand sich keine Spur eines Knochenrings, die äussere Lamelle war unverletzt, das Perikranium vom Knochen getrennt, und unter demselben noch etwas Blutgerinnsel. In einem anderen Falle, wo er die Oeffnung über den Ring hinwegführte, war dieser sogleich verschwunden, und der Finger fand keine Spur von Knochenverderbniss. Dass Michaelis und Trefurt den Ring fanden, meint er, rühre von der verzögerten Oeffnung her, da der Knochen durch die Länge der Zeit krank werde, was an einem Präparate in der Sammlung Ed. v. Siebold's in Göttingen auch deutlich zu erkennen, wo zu Anfange viel zertheilende Mittel gebraucht worden. Hier fehle die *Lamina ossis externa* und sei ein knöcherner Ring in der Umgebung deutlich vorhanden. Brandenburg-Schaeffer folgert daraus, dass das Uebel kein *Vitium primae conformationis* sei, dass nicht immer die äussere Lamina fehle und die Diploë blossliege, dass man nicht im Anfange einen wirklichen Knochenring antreffe, dass vielmehr später der Knochen korrodirt werde und sich ein Knochenring bilde, indem die Ernährung und das Wachsthum des Knochens gehemmt und er selbst angegriffen werde. Duhring behauptet, der unter der Geschwulst (die sich zwischen Kranium und Epikranium befinde) liegende Knochen werde niedergedrückt, daher die Ränder der benachbarten Knochen fühlbar werden. Heinrich Erpenbeck klagt den Druck durch die Beckenknochen, zumal des Promontorii, als Ursache an. Tilanus fand bei einem Kinde, das an Diarrhoe starb, nachdem es in den ersten Lebenstagen an Kephalämatom gelitten, das grösstentheils durch Aufsaugung verschwunden war, das Perikranium sichtbar in die Höhe gehoben; an eine ursprünglich mangelhafte Bildung eines der Schädelknochen konnte bei Betrachtung des Präparats nicht gedacht

werden. Pauli in Landau glaubt, die Geschwulst rühre immer vom Druck des Schädels bei raschem (?) Durchgang durch das Becken her, sitze nie zwischen Kranium und Perikranium und komme auch bei grösseren Kindern (durch äussere Verletzung) vor, wovon er ein Beispiel anführt. Lumpe will den Sitz stets zwischen Kranium und Perikranium gefunden haben, nach vielen mit der grössten Genauigkeit im Wiener Gebärhause, sowohl an Kinderleichen als bei Eröffnung der Geschwülste am Lebenden, angestellten Untersuchungen. Heidenreich meint mit Pauli, die Blutaustretung sitze zwischen Perikranium und *Galea aponeurotica;* er glaubt nicht mit Pauli an Zerreissung von Arterien, sondern mit Lumpe an Zerreissung von Venen. Interessante Aufschlüsse über das Uebel giebt Zöhrer, Findelhausarzt in Wien. Er sah das *Cephalaematoma, Thrombus neonatorum,* meist an einem Seitenwandbein, selten am Occiput, nie an der Stirne, von der Grösse eines kleinen Hühnereies, meist oval, selten rund. Die Kinder sind meist stark, gut genährt, die Haut des Kopfes fühlt sich wärmer an. Die Blutansammlung hat ihren Sitz zwischen Perikranium und Schädel, das Blut ist von verschiedener Qualität je nach den verschiedenen Stadien des Uebels. Vom 10ten bis zum 14ten Tage enthält die Geschwulst hellrothes, arteriöses Blut, der Kopf fühlt sich heiss an, Symptome der Turgeszenz sind vorhanden. Im zweiten Stadium fühlt sich die Geschwulst kühler und weicher an, und enthält schwarzes, zum Theil schon koagulirtes Blut. Sterben die Kinder in diesem Zeitraum an einer anderen Krankheit, dann findet man die Schädelknochen rein und glatt. Zwischen Perikranium und Schädel zeigt sich in Gestalt eines Ringes um die Geschwulst ein gelatinöses Exsudat, wodurch jener harte Rand entsteht. Später, also im dritten Stadium, ist ein blassgelber, mit Blutstreifen vermengter, dünner, oft stinkender Eiter der Inhalt der Geschwulst. Die äussere Lamelle erscheint rauh oder gar abgetragen, so dass nun wirklich ein rauher, zackiger Knochenrand vorhanden ist. (Engel sah eine vollständige Perforation beider Lamellen.) Der Thrombus ist bei seinem Entstehen eine aktive Blutextravasation, ein aktiver innerer Blutfluss. Nach 14 — 30 Tagen verschwindet diese Kongestion, und es bleibt das Koagulum zurück, das entweder aufgesogen wird und dadurch Verdickung und Verknöcherung des Perikraniums und der Aponeurose erzeugt (welche krankhaften Produkte sich endlich auch auflösen), oder das Koagulum erregt Entzündung und Eiterung. Nach Entleerung des Bluts bemerkte Zöhrer alle Lagen, aus denen der Thrombus gebildet ist: die allgemeine

Bedeckung, den Zellstoff, dann die *Galea aponeurotica*, dann wieder Zellstoff mit blutigen Infiltrationen, das vom Knochen gehobene Perikranium, und unter demselben Blut und Fäden von Koagulum. Der Sitz des Bluts war bestimmt unter dem Perikranium. Doch glaubt er, dass in einzelnen Fällen ein solcher Bluterguss zwischen *Galea aponeurotica* und Perikranium stattfinden könne, wie ja auch unter dem Kranium des Kephalämatom vorkomme. — Döpp hat binnen 11 Jahren das Uebel 262 Mal beobachtet. Da in dieser Zeit 50000 Kinder im Findelhause sich befanden, so kommt auf 190 Kinder ein Kephalämatom; 3 Kinder starben an diesem Uebel, 8 an gleichzeitigen anderen Krankheiten. Die Geschwulst, meint er, ist schon bei der Geburt vorhanden, der harte Rand fehlt nie, im Anfange ist er weicher, später wird er immer härter, und so glaubt man endlich ein Loch im Schädel vor sich zu haben. Döpp hat die Geschwülste der 11 Kinderleichen genau untersucht, und folgert daraus:

a) der quästionirte Rand bezeichnet weder die durch Bildungsfehler oder Karies gegebene Grenze der *Tabula externa* des betreffenden Knochens (Michaelis, Paletta, Dzondi), noch
b) eine Depression mit Bluterguss (Zeller, Pigné), noch
c) eine Verhärtung oder sonstige Krankheit des Periosts (Dubois), noch
d) einen vom Periost selbst ergossenen Ring (Carus), noch
e) einen wahren Knochenring (Krause), noch
f) eine Knochengeschwulst (Valleix); am wenigstens ist es
g) eine Gefühlstäuschung, als ob der Ring gar nicht vorhanden wäre (Busch, Wokurka, Bartsch).

Sieben Fälle liessen Döpp deutlich die Absorption der *Lamina externa* erkennen. Bei 2 Kindern war die Geschwulst vom Periost gebildet, und der Rand war nichts als eine Lage koagulirten Blutes, die sich da gebildet hatte, wo das Periost sich vom Knochen abzulösen begann, um sich zur Geschwulst zu erheben. In einem Falle war die Diploë geschwunden, die äussere Lamina aber so eingesunken, dass die Grenze dieser Einsackung wirklich eine Art Knochenring bildete. Durch 52 Fälle überzeugte er sich, dass der Blutkoagulumsrand theils gleich nach der Operation oder doch kurz darauf verschwand, ohne eine Spur zurückzulassen.

Die Meinungen und Ansichten über die Behandlung der Kopfblutgeschwulst der Neugeborenen geben denen über den Sitz des Uebels an Mannigfaltigkeit nichts nach. Meissner hat die Geschwülste alle

der Natur überlassen. Die Kompression fand ihre Vertreter in Henschel, Schneemann u. A., das Haarseil in Paletta, das Aetzmittel in Goelis. Mir ist die Zertheilung durch aromatische Fomentationen und die Kompression mittelst eines schweren Metalls in 8 Fällen vollständig und ohne irgend einen darauf folgenden Nachtheil gelungen. Löwenhardt behauptet dagegen, die Geschwulst zertheile sich nie. Trefurt hat in 5 Fällen die Zertheilung versucht, musste jedoch später zum Bisturi greifen. In 3 anderen Fällen, wo er nichts gethan, zertheilte sich zweimal die Geschwulst (vollständige Resorption), bei dem dritten kam es zu einem eigenthümlichen Knochen-Neubildungsprozess. Duhring erklärt die Kompression nur bei kleinen Geschwülsten für zulässig, bei grösseren für gefährlich. Gefährlich sind Kauterien und Haarseil. Dagegen versuche man immer die Zertheilung durch aromatische Fomentationen mit spirituösen Zusätzen bei schlaffen Geschwülsten; bei heissen, gespannten: Blutegel, Essig, *Sal Ammon. muriat., Ung. ciner., Aq. Goulardi.* Grössere Geschwülste müssen durch den Troikar geöffnet und entleert werden. Lässt man das extravasirte Blut länger als 2, 3 Wochen in grösseren Geschwülsten, so entsteht leicht Karies, Druck aufs Gehirn oder Verdickung des abgelösten Perikraniums mit Geneigtheit zur Ossifikation. Döpp lässt zuerst Einreibungen mit dem *Balsam. Embryonum* machen; zeigt sich am Ende der zweiten Woche keine Neigung zur Resorption, dann wird die Geschwulst durch einen einfachen Einstich mit dem Onkotom geöffnet, hinterher Kompression, kaltes Wasser u. s. w. Hoffmann will den Schnitt nicht wie Döpp auf $\frac{1}{4}$ Zoll beschränkt wissen; er könne die Hälfte des Durchmessers der Geschwulst betragen und bringe nie Gefahr. Brandenburg-Schaeffer räth, den Schnitt mittelst des Bisturis, und zwar keinen Kreuzschnitt wie Petit und Levret, sondern einen mässigen Längenschnitt zu machen. Er verwirft Löwenhardt's Aengstlichkeit, der nur kleine Einstiche mit der Lanzette oder dem Troikar empfiehlt. Er widerräth die Operation in den ersten Tagen, wo die Geschwulst noch im Steigen begriffen; in einem Falle füllte sich dann die Höhle aufs Neue an, nachdem sie rothes Blut entleert. Die Schnittwunde ziehe man mit einigen Heftpflasterstreifen zusammen, mache die ersten Paar Stunden Eisumschläge, lasse dann ein festanliegendes Mützchen tragen, wonach die Heilung in Kurzem erfolgt. Zöhrer: bis zum 14ten — 20sten Tage kalte Umschläge, dann Eröffnung durch einen Längenschnitt, alsdann Vereinigung durch breite und lange Heftpflasterstreifen, meist schon in zweimal 24 Stun-

dem ist die Heilung *per primam intentionem* beendigt. Zöhrer spricht sich immer für Eröffnung der Geschwulst aus, als für etwas nicht Gefährliches; bei erfolgender Eiterung sind die Kinder immer verloren.

Meine Erfahrungen sprechen dafür, dass man die Zertheilungsversuche viele Wochen ohne Nachtheil und mit der Aussicht auf glücklichen Erfolg fortsetzen könne. Aromatische Kräuter im Absud mit einem Zusatz von Wein, Goulard'sches Wasser, Essig, graue Salbe, adstringirende Sachen sind in Anwendung zu ziehen, auch wohl die Kompression durch eine Bleiplatte eine Zeitlang zu versuchen. Mit der Anwendung des Weines zu Fomentationen sei man vorsichtig, da ich in einem Falle entschiedene Intoxikationszufälle danach entstehen sah, die mich einen raschen Wechsel der Medikamente vorzunehmen nöthigten. Das Messer möchte ich nur für die Fälle vorbehalten wissen, bei denen die Zertheilung durchaus nicht gelingen will, oder Zufälle eintreten, die eine bedrohliche Einwirkung auf den Gesundheitszustand des Kindes fürchten lassen.

II. Analysen und Kritiken.

Ueber die Wiederbelebung scheintodtgeborener Kinder durch Einblasen von Luft in die Lungen, von Depaul in Paris.

(*Mém. sur l'Insufflation de l'air dans les voies aëriennes chez les enfans, qui naissent dans un état de mort apparente, par M. Depaul, ex-chef de clinique de la Faculté; s. Journ. de Chirurg. par Malgaigne*, Mai u. Juni 1845.)

Eins der ältesten Mittel, scheintodtgeborene Kinder ins Leben zurückzurufen, ist das Einblasen von Luft in die Lungen. Dieses Mittel ist aber in neuerer Zeit in Verruf gekommen, weil man von dieser Prozedur eher eine Zerreissung der Lungenbläschen und ein Emphysem, als eine Wiederbelebung erwarten zu müssen glaubte. Dieses zu widerlegen, die Vorurtheile gegen das Lufteinblasen zurückzuweisen, und den grossen Nutzen dieses Verfahrens, wenn es recht gemacht wird, darzuthun, ist Absicht der vorliegenden Abhandlung. Neuere Autoren, die mit der Asphyxie sich beschäftigt haben, wie Marc, Leroy, Albert, Piedagnel, haben nach dem Verf. eines Theils aus theoretischen Gründen, und anderen Theils weil sie die grosse Ver-

schiedenheit des Verfahrens beim Lufteinblasen nicht ins Auge fassten, sich gegen dieses Mittel erhoben, und eben so findet man in den meisten Handbüchern über Geburtshülfe unter den Mitteln zur Erweckung scheintodtgeborener Kinder die künstliche Respiration entweder gar nicht, oder verwerfend, oder mit sehr geringem Vertrauen erwähnt. Worauf beruhete dieses Urtheil? Experimente, direkte Untersuchungen hat Niemand vorgenommen, sondern man schloss, wie gesagt, aus Analogieen oder vorgefassten Ansichten. Zu welchem Irrthum dieses aber führte, zeigt die Arbeit des Verf., der sich nicht gescheuet hat, gewissenhaft jeden einzelnen Punkt der Frage direkt zu untersuchen, und der zu ganz anderen Resultaten gelangt ist.

Seine Abhandlung zerfällt in 2 Theile; der erste Theil beschäftigt sich mit Untersuchungen über die Zufälle, welche das Lufteinblasen der Lungen herbeizuführen vermag, und der zweite Theil mit den Wirkungen und der besten Verfahrungsweise. Der letztere Theil ist der eigentlich praktische; aber er gründet sich auf den ersteren, und wir werden deshalb im Interesse unserer Leser beiden Theilen etwas weitläuftiger nachgehen, als wir es sonst zu thun pflegen.

Der erste Theil giebt zuvörderst eine Reihe von Fällen, wo das Lufteinblasen bei todten Kindern vorgenommen worden, aber keinen Erfolg gehabt hat, und wo in den Leichen der Kinder man sich vollständig überzeugen konnte, dass die Lungen auch nicht die geringste Verletzung erlitten hatten, und zwar waren theils todtgeborene Kinder, die noch nicht geathmet, theils solche, die schon mehrere Tage gelebt und geathmet hatten, den Versuchen unterworfen.

Nach Erlangung dieses Resultats ging der Verf. einen Schritt weiter; er nahm 5 Kinder, die während der Entbindung gestorben, und deren vollkommen gesunde Lungen gleich bei der Geburt nicht eingeblasen waren. Aus dreien derselben hat er die Lungen mit grosser Behutsamkeit, damit sie nirgends verletzt werden, herausgenommen und in den anderen beiden Leichen hat er sie sitzen lassen. Wir wollen hier den Verf. selber sprechen lassen:

„Ich habe geglaubt", sagt er, „dass meine Untersuchungen vorzüglich auf solche Lungen hingerichtet sein müssten, welche noch nicht geathmet haben, weil solche Lungen es sind, auf die man gewöhnlich mit dem Lufteinblasen zu wirken hat; aber da es auch bisweilen vorkömmt, dass Neugeborene, die schon gelebt und geathmet haben, bald wenige Tage nach ihrer Geburt plötzlich an einer Art Stickfluss starben, so habe ich auch, um zu ermitteln, in wie weit das Lufteinblasen

hier von Nutzen sein kann, mit solchen schon durchgeathmeten Lungen Untersuchungen gemacht. Hieraus entsprang eine doppelte Reihe von Experimenten, welche ich hinter einander mittheilen werde."

„Zuvörderst habe ich über das zu berichten, was ich an todtgeborenen Kindern ermittelt habe; ich habe zu meinen Untersuchungen 5 Kinder genommen, welche während der Geburtsarbeit gestorben sind, und bei denen gleich nach der Geburt das Lufteinblasen in die Lungen nicht vorgenommen war. Bei 3 derselben habe ich die Lungen aus der Brusthöhle herausgenommen, ehe ich mit ihnen etwas vorzunehmen begann; die Lungen waren roth, bläulich, kompakt, und gingen im Wasser vollkommen unter; an allen habe ich das Lufteinblasen mittelst der Chaussier'schen Röhre, oder einer in den Larynx, die Luftröhre oder die Bronchen eingeführten Röhre verübt, und zwar anfänglich auf eine milde, dann aber auf eine stärkere Weise, und zuletzt habe ich immer meine Operation, die wenigstens eine halbe Stunde dauerte, damit beschlossen, dass ich wohl an 20 noch viel energischere Insufflationen machte. Immer wurde ich von der Gewalt überrascht, mit welcher man die Luft hineintreiben musste, um eine Erweiterung aller Lungenbläschen zu bewirken, besonders wenn man sich der Chaussier'schen Röhre bedient. Uebrigens begründet die verschiedene Dichtigkeit der Lungentextur und deren Durchdringlichkeit auch hierin eine grosse Verschiedenheit, und ich glaube fast, dass diese Resistenz gegen das Eindringen der Luft für manche schwache Kinder eine Ursache des Todes sein mag. In mehreren Fällen, wo ich die Ursache aufsuchte, aus welcher manche Kinder, nachdem sie einige Stunden und selbst mehrere Tage geathmet hatten, plötzlich starben, fand ich keine andere Erklärung als eine unvollständige Dilatation der Lungenbläschen, welche durch die sogenannte Atelektasis oder das Beharren des Lungengewebes im fötalen Zustande an verschiedenen Stellen sich kundgab."

„Eben so wurde ich von der Gewalt der Retraktion, womit die Lungentextur begabt ist, überrascht, die so bedeutend ist, dass sie allein den grössten Theil der eingeführten Luft auszutreiben vermag, und die schon beweist, dass keine Luftzellen zerrissen sind, und dass die Luft in den Lungenzirkulationsapparat eingedrungen ist. Um mich hiervon noch mehr zu überzeugen, habe ich in die Lungen, während sie unter Wasser gehalten wurden, Luft eingeblasen, und ich habe niemals Luftblasen im Wasser aufsteigen sehen, obwohl die Lungenvenen und Lungenarterien offen standen. Bei solchen Versuchen muss man sich na-

tüdich davor hüten, die Lungen beim Herausnehmen aus dem Thorax zu verletzen, denn der kleinste Schnitt oder Stich giebt der Luft einen Ausweg."

„An drei Lungen habe ich nach dem letzten Lufteinblasen die Luft in den Bronchien und Lungenzellen vermittelst einer Ligatur zurückgehalten; an drei anderen Lungen aber liess ich der Luft einen freien Austritt, und es hatte dieses immer eine beträchtliche Verschiedenheit im Volumen zur Folge. Die Farbe der Lungen variirte von sehr blassem Rosa bis zum dunkeln Rosenroth, und es war leicht zu erkennen, dass diese Farbeverschiedenheit von der Menge des noch in den Lungengefässen enthaltenen Blutes abhing. Die Ausdehnung durch die Luft hatte auch noch die Wirkung, dadurch, dass sie die Texturen rarefizirte, ohne die Farbe blasser zu machen. Mehrmals habe ich auch dieses Resultat durch ein 2 — 3tägiges Mazeriren der Lungen in warmem Wasser, das ich oft erneuerte, erlangt, bevor ich sie mit Luft vollblies. Will man diesen letzteren Versuch wiederholen, so muss man dafür sorgen, dass von dem warmen Wasser nichts in die Luftröhre und in die Bronchen eindringt. Das Wasser von erhöheter Temperatur hat auch noch den Vortheil, die Texturen zu erweichen und ihnen zum Theile die Weichheit wieder zu geben, welche sie durch den Tod verloren hatten."

„Im Beginne aller meiner Versuche habe ich mich immer der Chaussier'schen Röhre bedient, und ich hatte oft sehr grosse Mühe, alle die Lungenbläschen zu entwickeln; das genannte Röhrchen wird in seinen beiden seitlichen Oeffnungen durch den Schleim und die Schleimhaut des Larynx leicht verstopft und einen solchen Durchgang zweien Luftsäulen gestattet, dass sie, statt längs der Achse der Luftröhre hinabzusteigen, an den Wandungen des Kanals sich brechen und dadurch nach verschiedenen Richtungen hin sich verlieren. Eine andere Schwierigkeit entspringt aus der ungefähr einen Centimeter grossen Verlängerung der Röhre unterhalb der erwähnten beiden *seitlichen* Oeffnungen, und diese ganz undurchbohrte Verlängerung kann nur für die Fortbewegung der eingeblasenen Luft hindernd sein. Diese Uebelstände, die mir aus meinen Versuchen an Leichen und auch an scheintodtgeborenen Kindern, an denen ich das Lufteinblasen bewirkte, sehr entgegentraten, führten mich dazu, mit der Chaussier'schen Röhre eine Modifikation vorzunehmen, von der ich später sprechen werde, wenn ich von der Art und Weise, die Insufflation vorzunehmen, zu handeln habe."

„Mehrmals habe ich mich auch einer Kautschuckröhre bedient, und immer wurde es mir damit leichter, die Lungen ganz und gar zu dilatiren, als mit der Kehlkopfsröhre. Ich habe die Stellen zu ermitteln gesucht, in die die Luft mit grösserer Leichtigkeit eindringe, aber ich habe nichts Konstantes gefunden; die Richtung, welche man während des Einblasens der Röhre giebt, die Gegenwart von Schleim oder irgend einer anderen Flüssigkeit in einigen Bronchialästen, während andere vollkommen frei sind, scheinen der Grund zu sein, weshalb die Luft in einige Parthieen der Lungen mit grösserer Schwierigkeit und langsamer eindringt als in andere."

„Nachdem ich nun die 6 Lungen, die ich meinen ersten Experimenten unterzogen hatte, der gehörigen Vorbereitung unterworfen, untersuchte ich sie sehr genau, theils mit dem blossen Auge, theils mit der Lupe; aber an keiner einzigen habe ich eine Erhebung der Pleura gesehen, noch eine Vesikularzerreissung an der Oberfläche. Diese Lungen mit einer Lunge vergleichend, welche gehörig geathmet hatte, fand ich keine andere Verschiedenheit, als diejenige, welche aus dem grösseren, durch die eingesperrte Luft bewirkten Volumen entspringt. Dann habe ich die Lungen einer langsamen Vertrocknung unterworfen, die in 5 — 6 Tagen erst ganz vollständig war, und ich konnte nun meine Untersuchung mittelst des Mikroskops verfolgen. Ich darf sagen, dass diese Untersuchung nicht so leicht ist, als man vermuthen konnte. Es giebt zwei verschiedene Arten hier zu verfahren: Nämlich entweder schneidet man ganz dünne Scheibchen, die man, wenn das Gewebe nicht so sehr vom Blute gefärbt ist, wie durchsichtige Körper von unten beleuchten und auf sie eine beträchtliche Vergrösserung anwenden kann; oder man schneidet dickere Schichten, es müssen alsdann die Lichtstrahlen auf die obere Fläche konzentrirt werden, und die Konstruktion des Mikroskops erfordert, dass man hierbei nur eine schwächere Vergrösserung anwenden kann. Ich habe, wie gesagt, unzählige Mal auf beide Weisen operirt, und immer konnte ich mich von der Integrität und der vollkommenen Regelmässigkeit der Lungenbläschen überzeugen. Besonders kann man dieses an der Oberfläche der Lungen sehen, aber auch tiefere Schnitte geben dasselbe Resultat. Man muss jedoch mit dem Mikroskop sehr gut umzugehen wissen, und nicht vergessen, dass beim Durchschneiden behufs des Bildens von Scheibchen eine gewisse Anzahl von Bläschen und Bronchialverästelungen verletzt werden müssen, was einen gewissen verwirrenden Anblick gewährt, aus dem man aber bei einiger Uebung sich bald herausfindet.

Um mich vor aller Täuschung zu sichern, habe ich mich des Beistandes des Hrn. Lebert versichert, der in solchen Dingen sehr geschickt ist."

„Ich habe schon angedeutet, dass ich an 2 Kindern, die noch nicht geathmet hatten, die Lungen, während sie sich in der Brusthöhle befanden, mit Luft angeblasen habe. Ich habe mich der Chaussier-schen Röhre bedient, und ich muss sagen, dass ich die Anwendung derselben schwieriger gefunden habe, als etwa bei einem noch lebenden oder scheintodtgeborenen Kinde, dessen Theile noch ihre Elasticität haben. Die Starrheit der Fasern macht das Auseinandersperren der Kiefern gefährlich und hindert das Einführen der Röhre. Dem Austritte der Luft beugt man sehr leicht auf folgende Weise vor: Entweder nämlich hält man mit dem Zeigefinger einer Hand den vom Instrumente aufgehobenen Kehldeckel niedergedrückt, wodurch man dem Eingange des eigentlichen Luftkanals ein Hinderniss entgegensetzt; oder man schliesst Mund, Nase und Speiseröhre. Die auf eine Art, wie ich sie später noch mittheilen werde, aufgesetzten Finger, so wie einiger Druck mittelst der eingebrachten Röhre auf die hintere Wand des Larynx, haben mich immer mit einiger Leichtigkeit zum Ziele geführt. Es schien mir, dass das Einblasen, um das ganze Lungengewebe zu durchdringen, viel stärker sein musste, als in den Fällen, wo ich auf Lungen ausserhalb der Brust wirkte, offenbar, weil in letzterem Falle viel weniger Widerstand zu überwinden war."

Dieser letztere Umstand ist leicht zu erklären, da im Innern des Thorax die Lungen gehalten und unterstützt werden, und also bei herausgenommenen Lungen die Luft nicht solchen Widerstand zu überwinden hat. Wenn also bei herausgenommenen Lungen selbst das Lufteinblasen keine Gewebsverletzungen zur Folge hat, so muss dieses in noch grösserem Maasse bei Lungen innerhalb des Brustkastens der Fall sein.

„Auch hier wie bei allen diesen Versuchen", sagt der Verf., „habe ich mich überzeugt, dass die in die Lungen hineingetriebene Luft durch die blosse Retraktion des Bronchialgezweiges mit Kraft wieder ausgetrieben wurde. Nachdem ich nämlich durch meine künstlichen Inspirationen die Brustwandungen erhoben und somit den ersten Akt der Respiration bewirkt hatte, sah ich deutlich ein Zusammensinken des Thorax folgen, also eine wirkliche Exspiration, die durch einigen mässigen Druck begünstigt wurde."

Nach allen diesen Experimenten hat Verf. theils mit blossem Auge,

theils mit der Lupe die Lungen sowohl von Neugeborenen, als auch von Kindern, die schon einige Zeit gelebt hatten, nach der Insufflation auf das Sorgfältigste untersucht und nirgends weder eine Zerreissung von Lungenbläschen noch eine Aufhebung der Pleura wahrgenommen. Immer hatte er neben sich eine ganz gesunde Lunge, die schon geathmet hatte, und er hat niemals auch nur die geringste Verschiedenheit wahrgenommen. Dann liess er noch die Lungen trocknen, schnitt sie in Scheibchen, untersuchte sie mit dem Mikroskop, und erkannte nun noch genauer ihre vollständige Integrität. Auch Hr. Lebert hat diese mikroskopischen Untersuchungen vorgenommen, und ist zu denselben Resultaten gelangt.

So viel geht endlich aus allen den Untersuchungen ziemlich unwiderleglich hervor, dass es eines 2- bis 3mal stärkeren Lufteinblasens, als man nur jemals bei scheintodten Kindern vornimmt, bedarf, um die so gefürchteten Zerreissungen zu bewirken, und dass auch selbst dann noch nicht so leicht dieselben erfolgen. — Wir kommen jetzt zum zweiten Theile der Arbeit.

„Man hat sich mit der künstlichen Einführung von Luft in die Luftwege nur bei Erwachsenen beschäftigt, und man hat sehr viele Mittel erdacht, um zu diesem Ziele zu gelangen. Dann hat man auch dieses Manöver auf das Kindesalter angewendet. Ich will die verschiedenen Verfahrungsweisen durchgehen, und dann besonders bei derjenigen stehen bleiben, die ich für die beste und günstigste erachte."

„Das älteste und einfachste Verfahren besteht darin, dass man Mund auf Mund setzt, und während man die Nasenlöcher zuhält, Luft einbläst; aber abgerechnet den Widerwillen, den manche Person empfindet, die mit diesem Akte beauftragt ist, hat dieses Verfahren auch noch Nachtheile, die man nicht so leicht dahingestellt sein lassen kann; so dringt die Luft dabei nicht in hinreichender Menge in die Luftröhre, sondern findet einen viel leichteren Weg in die Speiseröhre; es entspringen daraus solche Folgen, welche Piorry und Albert in ihren Versuchen ermittelt haben, und welche in einem Aufwärtstreiben des Zwerchfells durch den von Luft ausgedehnten Magen ihren Grund haben; auch gestattet das genannte Verfahren nicht die Entfernung des Schleims, welcher so oft den Rachen und die Luftröhre verstopft. Ich spreche keineswegs von den besonderen Eigenschaften der durch dieses Verfahren eingeführten Luft; ich werde darauf später noch zurückkommen, und man wird alsdann erkennen, dass sie nicht so ungünstig sind, als man bisher geglaubt hat."

„Um den oben genannten Uebelständen des Lufteinblasens durch Mund auf Mund zu begegnen, hat Pia eine Röhre erdacht, deren eines Ende in den Mund geschoben, und deren anderes einem Blasebalg angepasst wird. Diese Röhre war von Holz, bestand aber in ihrem mittleren Theile aus einem häutigen Stücke, welches dem Drucke nachgab, und dazu diente, dass man durch den darauf drückenden Finger den Rücktritt der eingeblasenen Luft verhindern konnte. Dieses Instrument konnte indess, trotz der Modifikation, welche Fine in Genf damit vorgenommen hatte, um es nicht in den Mund, sondern durch eins der Nasenlöcher einzuführen, keinesweges den Vorwürfen begegnen, welche man dem Einblasen durch Mund in Mund gemacht hat, da es allenfalls nur für die Person einen Vortheil bot, welche mit dem Einblasen beauftragt war."

„Die Schwierigkeit, durch eine der vorangegangenen Verfahrungsweisen Luft in die Luftwege hineinzubringen, führte zur Anwendung der Kehlkopfssonden. Nur wollten Einige, dass man sie durch den Mund einführe. Monro, der auf die letzte Weise verfuhr, nahm einen männlichen Katheter dazu; Fine dagegen will das Instrument durch die Nase eingebracht wissen, er behauptet, dass man auf diese Weise sicherer den Oesophagus vermeide, und dass man nicht gegen die Schwierigkeiten zu kämpfen habe, welche aus der sehr starken Kontraktion der Kiefern bei manchen Scheintodten entspringen; er räth zu einer 12 — 15 Zoll langen, unten mit 3 Oeffnungen, einer Endöffnung und 2 seitlichen Oeffnungen, versehenen Kautschuckröhre. Er empfiehlt auch, dass man während des Einblasens die Vorsicht habe, alle diejenigen Oeffnungen zu verstopfen, durch welche die Luft wieder entweichen könnte, und einen Druck auf den Schildknorpel auszuüben, um den Eintritt der Luft in den Magen zu verhindern."

„Obwohl die verschiedenen Röhren, deren ich eben gedacht habe, nur zur Anwendung bei Erwachsenen erdacht worden sind, so konnten sie doch leicht in ihren Dimensionen so verändert werden, dass sie auch für ein neugeborenes Kind passten. Chaussier indessen hat ein Instrument bereiten lassen, welches nach ihm benannt wird, und welches dazu dient, scheintodten Kindern Luft einzublasen. Es ist dieses eine konische, 7 — 8 Zoll lange, in ihrem Larynxtheile gekrümmte und abgeflachte Röhre, welche unten sich blind endigt, aber neben diesem Ende 2 seitliche Oeffnungen hat. In einiger Entfernung von diesen Oeffnungen befindet sich ein durchlöcherter runder Ansatz,

woran ein Stück Büffelhaut oder ein kleines Stück Schwamm sitzt, um die obere Oeffnung des Larynx zu verschliessen."

„Diese Chaussier'sche Röhre ist es, deren ich mich so vielfach bedient habe, um Kinder ins Leben zurückzurufen. Ich halte die Anwendung dieses Instruments für denjenigen nicht sehr schwierig, welcher einige Geschicklichkeit und die gehörigen anatomischen Kenntnisse besitzt; indessen gestehe ich, dass ich eine Modifikation an diesem Instrumente wünsche, nämlich statt des blinden Endes und der beiden Seitenöffnungen eine einzige Endöffnung. Wenn meine Untersuchungen mir gezeigt haben, dass ein gehörig verübtes Lufteinblasen keinesweges mit den Gefahren verknüpft ist, welche man ihm zuschreibt, und dass diese künstliche Respiration nur deshalb in gewissen Fällen nicht *Erfolg* hat, weil man zu furchtsam damit umgeht, so bin ich überzeugt, dass die kleine Veränderung, die ich vorgenommen, und welche den Zweck hat, die Luft leichter und direkter in die Bronchialtheilungen hineinzuführen, als sehr nützlich befunden werden wird."

Gegen die Chaussier'sche Röhre sind vielerlei Bedenken erhoben worden. So haben die Professeren Meunier und Noël in Strassburg 1807 mitgetheilt, dass sie aller Anstrengungen ungeachtet, und obgleich die Herren Lobstein und Flamant ihnen darin beistanden, nicht dahin gelangen konnten, die genannte Röhre einzuführen; immer sei ihnen der Schnabel der Röhre in die Speiseröhre hineingeglitten, statt in den oberen Theil der Luftröhre, und sie glaubten schon darum dieses Instrument verwerfen zu müssen. Albert, der auch kein Anhänger des Lufteinblasens war, und zwar nicht aus Furcht, dass man dadurch ein Emphysem bewirken könnte, sondern weil er glaubte, dass man die Luft nicht bis in die Lungen selber hineinbringen könne, hat nichtsdestoweniger ein kupfernes Röhrchen vorgeschlagen, an dessen innerer Fläche er einen kleinen, mit rundlichem Kopfe versehenen und 4—6 Linien über die Endöffnung hinaus stehenden *Stiel* anbringen liess, damit diese Endöffnung nicht von der Schleimhaut verstopft werden könne. Hr. Leroy d'Etiolles hat ein sinnreiches Instrument angegeben, welches darauf berechnet ist, die durch den Mund eingeführte Röhre in die Trachea hineinzuleiten; es ist dieses nämlich ein Röhrchen mit einem Konduktor, welcher sich auf die Basis der Zunge legt, und beim Vorschieben den Kehldeckel erhebt. Es mag auch wohl noch von Anderen ein Apparat zu solchem Zwecke erdacht worden sein; so erinnert sich der Verf. eines Röhrchens von Desgranges und eines anderen von James Curry; auch gedenkt

er des Vorschlages, die Tracheotomie vorzunehmen, um Luft sicherer in die Lungen hineinzuschaffen.

Aber nicht nur in Bezug auf den anzuwendenden Apparat, sondern auch in Bezug auf die Temperatur und Beschaffenheit der Luft, welche eingeführt worden ist, sind die Autoren verschiedener Ansicht. Nach Einigen soll die Luft frisch und so rein wie möglich sein; Andere wollen, dass die Luft lauwarm sei, und halten die ausgeathmete Luft eines gesunden Menschen für die beste. Für das reine Sauerstoffgas, welchem Chaussier das Wort redete, spricht jetzt Niemand mehr; aber man hat auch andererseits fast allgemein gegen die Einführung ausgeathmeter Luft sich entschieden, und man hat überall fast der atmosphärischen Luft den Vorzug gegeben, zu deren Einführung man verschiedenartige kleine Pumpen und Blasebälge angegeben hat. Schon Paracelsus und Panarola bedienten sich eines Blasebalgs; auch Pia hat angerathen, an sein Röhrchen einen Blasebalg anzusetzen, den sogenannten Gorcy'schen Blasebalg, welcher seitdem einige Modifikationen erlitten hat, und nun auch wirklich recht brauchbar ist. Der Verf. glaubt, dass dieser Blasebalg allen Erfordernissen ziemlich entspreche. Mehr oder weniger bekannte Pumpen sind die von Goodwyn und Nooth angegebenen, welche Marc anführt, ferner die von van Marum, die der Frau Rondet und von Aitken. Endlich sind noch zu nennen die Pumpe von Meunier, von Kopp, von Dacheux und von Marc.

Ohne den Nutzen dieser verschiedenen Pumpen für erwachsene Scheintodte zu bestreiten, bei denen die aneinander gesperrten Kiefer die Einführung einer Röhre in den Kehlkopf nicht gestatten, glaube ich in Folge meiner Erfahrungen und Versuche an Kindern behaupten zu dürfen, dass es weit besser ist, die Luft direkt in die Luftröhre und in den Kehlkopf zu führen; denn wenn man nur die Röhre durch den Mund oder die Nasenlöcher einschiebt, aber nicht tiefer, so dringt nur eine sehr kleine Menge Luft in die Lungen, die nicht hinreichend ist, die Lungenbläschen auszudehnen, wogegen das grössere Quantum der Luft in den Verdauungskanal dringt, wo sie viele Beschwerden herbeiführen kann.

„Folgendes ist das Verfahren, dessen ich mich zum Lufteinblasen bei Neugeborenen bediene, und welches mir in den erwähnten Fällen einen so schönen Erfolg gebracht hat. Ich kenne keine einfachere und bequemere Röhre als die Chaussier'sche, nur muss sie statt der 2 Seitenöffnungen eine einzige Endöffnung haben. Das Kind wird durch

warme Umhüllungen, die oft erneuert werden, in guter Temperatur erhalten; es wird so gelagert, dass die Brust höher liegt, als das Bekken, und oft ist es auch gut, den Kopf ein wenig nach hinten geneigt zu halten, um den vorderen Theil des Halses mehr hervorspringen zu lassen. Ich beginne damit, den Mund und den Rachen von darin befindlichem Schleime zu reinigen; dann folge ich mit dem Zeigefinger, oder dem kleinen Finger der linken Hand, der Zunge auf ihrem mittleren Theile bis zum Kehldeckel. Ich ergreife nun mit der rechten Hand die Chaussier'sche Röhre ganz nahe an ihrem dicken Ende wie eine Schreibfeder, schiebe sie mit ihrem kleinen Ende längs des Zeigefingers, welcher sich bereits in der Mundhöhle befindet, vorwärts. Ist das Instrument bis zum Eingang des Larynx gelangt, so neige ich es gegen die linke Kommissur der Lippen, und suche durch einige leichte Bewegungen den Kehldeckel zu erheben, was gewöhnlich sehr leicht geschieht; man braucht dann nur das Instrument ein wenig zu wenden, und zugleich gegen die Mittellinie hinzuführen, damit sein Ende in die Glottis gerathe. Verfährt man genau so, so wird selten die Röhre in den Oesophagus hinabsteigen, und um dieses mit Bestimmtheit zu verhüten, muss man den Finger auf den Larynx und die Luftröhre führen, und sich von der wirklichen Einführung des Instruments in dieselben überzeugen. Auch die durch die Einführung der Luft bewirkten Veränderungen beweisen häufig, ob die Röhre einen richtigen oder falschen Weg genommen hat. Ist sie in den Verdauungskanal gedrungen, so wird man sogleich beim Einblasen eine beträchtliche Erhebung der epigastrischen Gegend bemerken und mit ihr eine Auftreibung der Basis der Brust. Ist im Gegentheil die Röhre wirklich in die Luftwege gelangt, so wird die Erweiterung der Brust eine gleichförmige sein, und die Senkung des Zwerchfelles wird den oberen Theil des Bauches etwas hervortreiben. Hat man sich überzeugt, dass die Röhre wirklich in den Larynx gedrungen ist, so muss man sorgen, dass die Luft, welche man eintreibt, nicht sogleich wieder zurücktritt, denn die mit Schwamm versehene Scheibe, welche sich gegen die Glottis ansetzt, verstopft nur sehr unvollständig diese Oeffnung. Man kann dagegen auf doppelte Weise verfahren. Entweder man versucht, den Eingang in den Larynx genau zu verschliessen, und es geschieht dies am besten mittelst der Spitze des in den Mund eingeführten Zeigefingers, oder man kann, wie ich es oft gethan habe, die Luft so hineintreiben, dass sie in die Luftwege dringt, und dass man den Zurücktritt derselben durch Verschliessung der Speiseröhre

des Mundes und der Nasenlöcher verhütet. Ein mässiger Druck mit dem Instrument drängt die vordere Wand der Speiseröhre gegen die hintere; mit dem Daumen und Zeigefinger beider Hände drückt man beide Lippen dicht an das Röhrchen an, und verstopft die Nasenlöcher, indem man die Nase mit den beiden mittleren Fingern zusammenquetscht.

Nachdem der Verf. so sein Verfahren genau angegeben, geht er zur Erörterung der Frage über, von welcher Beschaffenheit die einzuführende Luft sein, mit welcher Kraft sie eingetrieben werden müsse, und endlich, wie lange jeder Einblasungsakt dauern und wie oft er wiederholt werden solle. Er giebt der Luft, die aus einer gesunden Menschenbrust ausgeathmet wird, den Vorzug, indem er die geringe Einbusse an Sauerstoff und die Annahme von etwas Kohlensäure für unbedeutend erachtet. Wenn man vor jedem Einblasungsakte zuerst eine tiefe Einathmung macht, so ist die Luft, wie er sich überzeugt zu haben behauptet, noch immer gut genug, zumal da sie diejenige Temperatur hat, die sich ihm als die geeignete erwiesen hat. In Bezug auf den zweiten Punkt ist es sehr schwer, die Kraft, mit der die Einblasung geschehen müsse, mit Worten zu bezeichnen; zwar sind die Lungenbläschen, wie der Verf. gezeigt hat, keineswegs so leicht zerreissbar, wie man glaubt, aber eine zu grosse Kraftanwendung könnte doch schaden, und es ist daher immer rathsam, dass jeder Arzt sich an Kinderleichen übe, um bei sich selber die Kraft zu ermessen, mit der er das Einblasen vorzunehmen habe. Was endlich die Zeit betrifft, wie lange die Einblasung zu dauern habe, und wann sie wiederholt werden müsse, so ist dieses sehr verschieden; Marc wollte nur ein einmaliges Einblasen gelten lassen, und Fothergill wollte, dass man sogleich aufhöre, wenn sich von selber eine Inspiration einzustellen beginnt. Der Verf. hat gefunden, dass bisweilen 1 Stunde hinreicht, und dass man in anderen Fällen ¾ bis 1½ Stunden, ja noch länger, das Lufteinblasen fortsetzen müsse. Wenn in Folge dieser Prozedur das Herz zu pulsiren anfängt, und etwa 100 — 130 in der Minute schlägt, so muss man mit dem Lufteinblasen unausgesetzt fortfahren, bis wirkliche selbstständige Einathmungen eingetreten sind, und sich wenigstens 5 — 6 mal hinter einander gezeigt haben; wollte man früher aufhören, so hiesse das auf halbem Wege stehen bleiben, und selbst wenn Alles dieses geschehen ist, wenn das Herz anfängt zu pulsiren und einige Inspirationsbewegungen sich gezeigt haben, jedoch allmälig wieder anfangen schwächer zu werden, so muss man, falls

man die Insufflationen nicht ausgesetzt hat, allen weiteren Hoffnungen entsagen; man richtet in solchem Falle Nichts aus; Verf. wenigstens hat dann nie ein Kind zum Leben zurückgebracht. Die einzelnen Einblasungen müssen kurz hinter einander geschehen; nach dem Verf. müssen wenigstens 10 — 12 in der Minute geschehen, bisweilen hat er sogar 15 in der Minute gemacht. Nach jeder Einblasung reicht die Elastizität der Lungenbläschen und der Bronchen hin, den grössten Theil der Luft zur Röhre hinauszutreiben; bisweilen ist es jedoch nöthig, diese Austreibung zu unterstützen, zu welchem Behufe man nur die flache Hand auf die Brust zu legen, sie damit zu umfassen und ein wenig zusammenzudrücken braucht. Fast immer ist es nothwendig, das Röhrchen ein oder mehrere Male vom Schleime zu reinigen; man muss es herausnehmen, und beim Wiedereinbringen sich auch jedesmal überzeugen, ob es seinen richtigen Gang genommen hat. War die Luftröhre des Kindes mit Schleim überfüllt, so gelang es dem Verf. bisweilen durch starkes Luftaufziehen am eingebrachten Röhrchen den Schleim zu entfernen. Ein gurgelndes Geräusch ist ein gewöhnliches Zeichen des Vorhandenseins von Schleim in der Luftröhre.

Es kommt bisweilen vor, dass Kinder gleich bei der ersten Inspiration, welche sich nach den Einblasungsversuchen einstellt, sehr belebt werden; ihre Zirkulation wird sehr thätig, sie fangen an zu schreien, bewegen heftig die Glieder, und bieten alle Zeichen eines vollkommenen Lebens dar. Solche Kinder sind als gerettet zu betrachten; wenn sie aber nach der ersten selbstständigen Einathmung nicht schreien, sich wenig bewegen, schwach bleiben und fortfahren unvollkommen und unregelmässig zu athmen, so darf man sie noch nicht für gerettet halten; man muss das Einblasen noch länger fortsetzen, aber man muss aufhören, sobald das Kind wenigstens 6 — 10 Einathmungen in der Minute macht, weil sonst eine Insufflation mit einer Inspiration zusammentreffen und das Kind zu sehr belästigen würde.

Indem der Verf. noch einmal darauf aufmerksam macht, dass es nothwendig sei, das Kind stets in angemessener Temperatur zu erhalten, schliesst er mit folgendem Resumé:

1) Das Lufteinblasen in die Lungen, welches man gewöhnlich als ein unwirksames Mittel betrachtet, hat unbestreitbare Vortheile.

2) Durch dasselbe kann man Kinder zum Leben zurückführen, die sonst einem unvermeidlichen Tode geopfert sein würden.

3) Man hat sich vom Widerstande der Lungenbläschen eine falsche Idee gemacht. Um in ihnen eine Zerreissung zu bewirken, be-

darf es einer weit grösseren Kraft, als diejenige, welche man zur Erlangung einer einfachen Dilatation gewöhnlich verwendet.

4) Wird ein Kind scheintodt geboren, so kann man einige Zeit bei den gewöhnlichen Mitteln beharren, die überall empfohlen werden, und oft wird man ohne Insufflation zum Ziele kommen; wenn man aber binnen 10 Minuten das Kind nicht gehörig zum Leben kommen sieht, wenn im Gegentheil die schwachen Lebensspuren zu erlöschen drohen, so darf man mit dem Lufteinblasen nicht länger anstehen.

5) Das Lufteinblasen, gehörig verübt, hat in sehr vielen Fällen sich sehr erfolgreich erwiesen; freilich wird es auch bisweilen *ohne* Erfolg bleiben, was dann weniger der Insufflation als anderen Ursachen, die im Kinde vorhanden sind, beizumessen ist.

6) Da aber diese im Kinde liegenden, das Leben verhindernden Ursachen nicht im voraus zu ermessen sind, so ist es Pflicht, bevor man ein todtgeborenes Kind als hoffnungslos verlässt, das Lufteinblasen zu versuchen, da es oft da noch Erfolg bringt, wo alle anderen Mittel im Stiche gelassen haben.

7) Eine durch den Mund in den Kehlkopf geführte Röhre erscheint als das einzige Mittel, auf gehörige Weise die Luft in die Luftwege zu führen. Die Chaussier'sche Röhre mit einer geringen Modifikation ist allen anderen zu solchem Zwecke erdachten Mitteln vorzuziehen.

8) Die von einem gesunden Menschen eingeathmete und direkt mit seinem Munde in die Röhre hineingeführte Luft vereinigt die günstigsten Bedingungen und hat durchaus keinen Nachtheil, so dass statt ihrer andere Luft nicht genommen zu werden brauchte.

9) Wenn unter gewissen Umständen einige Insufflationen hinreichen, so ist es oft nothwendig, sie längere Zeit, von $\frac{1}{4}$ bis 2 Stunden, fortzusetzen.

10) Man muss die Insufflationen 10 bis 12 Mal in der Minute machen, aber es muss dieses mit hinreichender Kraft geschehen; zu grosse Furchtsamkeit kann den Erfolg eben so gut zurückhalten, als ein zu gewaltsames Handeln.

11) Nach jeder Inspiration kommt es darauf an, die Retraktion des Lungengewebes zu begünstigen, um die Luft so vollständig als möglich austreiben zu lassen und erneuern zu können; einiges Drükken mit den die Brust des Kindes umfassenden Händen reicht dazu aus, und hat noch überdies den Vortheil, die Zirkulation zu bethätigen.

12) Das Auftreten der ersten selbstständigen Inspirationen muss man genau überwachen, um entweder die Insufflationen fortzusetzen, oder sie zu unterbrechen, da eine Insufflation mit einer Inspiration nicht zusammentreffen darf.

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital-Necker* in Paris (Klinik von Trousseau).

1. Rheumatische Paralyse kleiner Kinder.

„Die Gegenwart eines an rheumatischer Lähmung leidenden Kindes", sagt der Prof., „giebt uns Gelegenheit, Einiges über die vorgenannte Krankheit zu bemerken. Befällt sie Säuglinge, mit denen wir es hier vorzugsweise zu thun haben, so klagen die Wärterinnen oder Ammen über eine eigenthümliche Steifheit und Starrheit in den oberen Gliedmaassen des Kindes und über einen Schmerz beim Anfassen; man bemerkt in den Muskeln des Vorderarmes eine Art tonischen *Krampfes*. Diese durch Erkältung entstehende Affektion, welche gewöhnlich auch mit Anschwellung begleitet ist, ist besonders merkwürdig durch ihr Herumvagiren. Kaum verlässt sie den Arm, als sie sogleich am Beine wieder zum Vorschein kömmt. Abführmittel, Umhüllungen mit erwärmenden Dingen, und in seltenen Fällen Blutegel, beseitigen diese Krankheit."

---

2. Variole.

„Vor Kurzem befand sich in unserem Hospitale ein Kind, welches an *Variola discreta* litt; dieses Kind war in den letzten 8 Wochen 2mal bei uns. Zum ersten Male hatte es eine choleraartige Diarrhoe, wodurch es sehr herabgekommen war; der Puls war damals klein und kaum fühlbar, die Augen hohl, die Abmagerung bedeutend, und die Haut hatte eine so geringe Elastizität, dass die in ihr bewirkten Falten lange Zeit stehen blieben. Durch kleine Gaben Opium wurde das Kind geheilt, und beim Austritt aus dem Hospitale bekam es täglich ein Litre Milch. Unglücklicherweise befand sich damals in un-

serem Hospitale ein an ächter Variole leidendes Kind, von dem ersteres angesteckt wurde, so dass es 2 Tage, nachdem es geheilt das Hospital verlassen hatte, mit einer deutlichen Variole zurückkam. Es hatte heftiges Fieber, jedoch weder eine Affektion der Brust noch des Bauches. Es hatte sogar einen Krampfanfall, welcher nach Sydenham ein gutes Zeichen sein soll, allein in Betracht der grossen Schwäche woran das Kind nach einer überstandenen ernsten Krankheit noch litt, war die Prognose sehr übel, zumal da die Haut noch immer nicht ihre frühere Elastizität wieder hatte. Die Pusteln des Antlitzes und der Hand enthielten mehr ein dünnes Serum als Eiter, ohne zu trocknen. Vergeblich wurden einige stärkende Mittel gegeben; auch Opium in kleinen Dosen wurde gereicht. Sydenham hat gelehrt, und van Swieten und Stoll haben es wiederholt, dass, wenn in der Variole Anschwellung des Antlitzes und der Augenlider sich nicht einstellt, der Tod am 9ten oder 10ten Tage erfolgt, sobald es eine *Variola discreta* ist; ist es aber eine *Variola confluens*, so erfolgt der Tod am 13ten oder 14ten Tage. Bei diesem Kinde hat sich diese Angabe vollkommen bestätigt."

---

3. Krämpfe bei Säuglingen.

Am 2. Januar d. J. wurde ein Kind zu uns gebracht, das Krämpfe hatte, und bei dieser Gelegenheit wollen wir bemerken, dass bei uns in dieser Jahreszeit die Krämpfe einen bösen Charakter hatten. „Wir haben, sagt Hr. Trousseau, 4 Kinder durch Krämpfe verloren, was uns bis jetzt noch nicht vorgekommen war. Ist dieses Zufall, oder waltet ein besonderer Einfluss ob? Das jetzt zu uns gebrachte Kind ist $3\frac{1}{2}$ Monate alt, von seiner Mutter wohlgenährt, und hat noch keine Zähne; es erbrach die Milch, die es zu viel nahm, was sehr häufig ist. Am 31. Dezember Morgens stiess es einen Schrei aus, wurde plötzlich starr, und bekam einen Anfall von Krampf oder epileptischer Eklampsie; zwei andere Anfälle folgten gestern Abend und in der letzten Nacht. Indessen sieht man an dem Kinde weder am Unterleibe noch an der Brust etwas Krankhaftes; es hat täglich einmal Leibesöffnung, und man könnte die Krämpfe auf eine Annäherung der Variole deuten, allein das Kind ist geimpft."

Hr. Trousseau konnte also nur eine einfache Neurose anzunehmen sich berechtigt fühlen; er gab dem Kinde eine kleine Dosis Belladonna ($\frac{1}{4}$ Centigr. mit 25 Centigr. Zucker); eine solche Dosis bekam

das Kind auf einmal während des Tages; ausserdem ein abführendes Klystier. Sollten die Krämpfe sich noch häufiger einstellen, so sollten kalte Uebergiessungen, aber nicht ein kaltes Bad gegeben werden, weil dieses im Falle, dass vielleicht Masern im Hintergrunde wären, nachtheilig wirken könnte. Am 5. Januar wies der Prof. darauf hin, dass das Kind an der linken Seite, besonders am linken Vorderarm und an der linken Gesichtshälfte, weit heftiger an Krämpfen leide, als an der rechten; die Geistesfähigkeit war nicht verändert. Es war dieses also ein partieller Krampf, dem allgemeine Krämpfe vorausgegangen waren; in anderen Fällen pflegt es umgekehrt zu sein: ein partieller Krampf pflegt den Anfang zu machen und ein allgemeiner ihm zu folgen, und der partielle Krampf ist bisweilen so beschränkt, dass er nur den Kehlkopf betrifft, und es ist dieses dann die Form, welche man *Asthma thymicum* zu nennen beliebt hat.

„Bei diesem Kinde", sagt der Prof., „können wir uns des Gedankens nicht erwehren, dass wir es mit einer materiellen, anatomisch wahrnehmbaren Veränderung des Gehirns zu thun haben. Es ist keine Meningitis, und doch können sich in vielen Fällen 5 Tage vor dem Eintritt der Meningitis Krämpfe einstellen, während in anderen Fällen erst mit der Meningitis die Krämpfe beginnen und mit ihr endigen. *Wir haben* dasjenige Zeichen nicht auffinden können, welches von mir entdeckt worden ist, und welches ich hydrenkephalische Fleckbildung (*tache hydrencephalique*) nenne, und welches bekanntlich darin besteht, dass ein geringer Druck oder auch nur ein Aufstreichen mit dem Finger oder der Hand eine Röthung bewirkt, die längere Zeit stehen bleibt, ehe sie sich verliert (s. dieses Journal Bd. VI, Januar 1846, Seite 53). Die Meningitis, eine Krankheit, bei der es gerade eine Wichtigkeit ist, gleich im Anfange sie zu kennen, hat kein pathognomonisches Zeichen, wenn man nicht das sogenannte hydrenkephalische Aufschreien Coindet's dafür halten will. Die hydrenkephalische Fleckbildung hat sich bisher immer als ein sehr sicheres Zeichen der Meningitis bewährt. Bei einem 24 Monate alten Kinde, das seit 16 Tagen Erbrechen und Durchfall hatte, waren wir geneigt, ein typhöses Fieber zu diagnostiziren, obwohl die hydrenkephalische Fleckbildung vorhanden war. Bald aber trat Strabismus ein, und der kleine Kranke starb wirklich am 22sten Tage an einer Meningitis. Wir haben uns vergeblich bemüht, an Kindern, die an Krämpfen litten, die hydrenkephalischen Flecke zu erzeugen. Um zu sehen, ob nicht die grössere oder geringere Zartheit der Haut einen Einfluss

auf die Fleckbildung habe, ob nicht durch einen Druck auf das Antlitz und auf den Bauch diese Flecke erzeugt werden, so wurden zu gleicher Zeit mit dem an Meningitis leidenden Kinde alle übrigen Kinder des Hospitals derselben Prozedur unterworfen; allein das Resultat bestätigte vollkommen, dass bei den letzteren, welche nicht an Meningitis litten, dieses Zeichen nicht vorhanden war."

Man kann demnach die hydrenkephalische Fleckbildung als ein bestimmtes und zuverlässiges Zeichen von Meningitis betrachten, und da bei dem Kinde, um welches es sich hier handelte, dieses Zeichen nicht wahrgenommen wurde, so säumte der Prof. nicht, zu erklären, dass Meningitis nicht vorhanden sei, sondern dass man es hier mit einem nervösen Zustande zu thun habe. Es wurden daher verordnet: Belladonna, kalte Uebergiessungen in einem kalten Bade, ein Klystier von Moschus, Baldrian und einigen Tropfen Opiumtinktur. Der Prof. erklärt, dass er bei andauernden Konvulsionen der kleinen Kinder niemals Blutegel anwende; er ziehe die grossen Junod'schen Schröpfgefässe oder eine um die Gliedmaassen gelegte Umschnürung vor.

Was die Prognose betrifft, so ist sie in solchen Fällen, die nicht Meningitis sind, nicht so sehr arg. Bei diesem Kinde dauern die Krämpfe nun schon 10 Tage, aber der Prof. versichert, dass, wenn sie auch noch länger dauern, sie nicht nothwendigerweise zu einem tödtlichen Ausgange führen müssen.

---

4. Dysenterie bei ganz kleinen Kindern.

Am 6. Januar d. J. wurde ein Kind aufgenommen, das seit 4 Tagen an Durchfällen litt; die Ausleerungen waren gelb, zähe, dann grünlich, und endlich blutig. Am 5ten bekam das Kind heftige Koliken, und entleerte grünliche, mit blutigem Schleim gemischte Stoffe. Damit war ein sehr anhaltender Tenesmus verknüpft, wodurch sich die sporadische Dysenterie charakterisirte. Wie es scheint, war am Anfange nur einfacher Darmkatarrh vorhanden, welcher in dieser Jahreszeit sehr häufig ist. Das Kind mag erkältet worden sein, und eine Entzündung des Darms ist die Folge gewesen; dann hat sich die Affektion auf den Dickdarm gesetzt, welcher von allen Darmparthieen am häufigsten der Sitz rheumatischer Affektionen ist. So findet man, dass auf Erkältung der Füsse sich schnell eine Diarrhoe einstellt, obwohl die Verdauungsfunktion keine Störung erlitten hat, und dass endlich diese Affektion leicht in eine Dysenterie übergeht, in der nicht nur alle Häute des

Darms, sondern auch das zunächst gelegene Zellgewebe von Entzündung ergriffen wird. Im ersten Grade haben wir es also mit einem einfachen Katarrh und im zweiten Grade mit einer wirklichen Entzündung der Schleimhaut und hinzukommendem blutigen Exsudate zu thun, gerade so, wie es in der Peripneumonie der Fall ist. So wie der Lungenkatarrh im Anfange mit grosser Leichtigkeit zu beseitigen ist, so ist es auch der Darmkatarrh; nur später wird die Behandlung schwieriger.

Bei dem hier in Rede stehenden Kinde verordnete der Prof. Morgens und Abends ein Klystier von 6 Centigramm. Höllenstein in 30 Gramm. destillirten Wassers, wozu noch etwas warmes, nicht destillirtes Wasser gesetzt wurde. Bei noch vorhandenem Tenesmus sollte Opium hinzugesetzt werden.

Am 9ten war das Kind bedeutend besser; es hatte nur 4 Stuhlgänge täglich und keinen Tenesmus mehr; die Leibesöffnung fing an normal zu werden, und das Kind ging einer vollständigen Genesung entgegen.

---

5. *Cholera infantilis* oder *Enteritis choleriformis.*

„Im Hospital befindet sich ein Kind, welches an der vorgenannten Krankheit leidet; es wird durch seine Mutter gesäugt, die während ihrer Schwangerschaft eine Diarrhoe hatte, gegen welche sie mit Erfolg Ratanhia-Klystiere gebrauchte. Das Kind hatte seröse und grünliche Ausleerungen; der Puls ist klein und häufig, und die Haut zeigt denjenigen Mangel an Elastizität, welcher das Zeichen einer Choleraaffektion ist. Dieser Mangel an Elastizität der Haut, welcher einen Fehlen der Nervenkraft oder der Irritabilität andeutet, tritt bei der Cholera auch dann ein, wenn die Theile ihre Wärme bewahrt haben, was jedoch selten geschieht. Es hat sich dieses sowohl bei der sporadischen als bei der epidemischen Cholera gezeigt, und wenn man die anderen Zeichen, namentlich die plötzliche Abmagerung, hinzurechnet, so kann man die Krankheit nicht verkennen. Die von Cholera befallenen Kinder zeigen folgende Symptome: Ausserordentliche Blässe des Antlitzes, livide Farbe der Lippen, Spitzwerden der Nase, Vertieftwerden oder Zurücksinken der Augen, blaue Ränder um dieselben; dann werden Nase, Zunge und Kinn kalt, der Athem verliert auch seine normale Wärme, der Puls ist unfühlbar, die Haut wird kalt und fühlt sich an wie die Haut eines Frosches, und wenn man sie faltet, bleibt

die Falte längere Zeit stehen als gewöhnlich, der Bauch ist welk, selten trommelähnlich aufgetrieben; das Kind leidet an Erbrechen und an Durchfall; letzterer, anfänglich schleimig und gelb, wird grün, und gleicht dünnem Kräuterwasser; seltener bleibt er gelb; bisweilen wird ganz farbloses Wasser ausgeleert. Die Kranken sind in beständiger Aufregung; sie stossen anhaltendes Geschrei aus, und leiden an einer Schlaflosigkeit, die nur dann und wann durch eine Art Betäubung von kurzer Dauer unterbrochen wird."

„Die Prognose bestimmt sich mehr nach dem allgemeinen Zustande als nach dem wiederholten Erbrechen und Durchfalle; denn in den Fällen, wo diese Erscheinungen aufhörten, aber die Haut ihre Elastizität noch nicht wieder hatte und noch eine Art Stupor vorhanden war, muss man sich hüten, eine günstige Prognose zu stellen; ja wenn das Erbrechen oder der Durchfall plötzlich aufhören, kann man sogar einen üblen Ausgang prophezeihen. Wir haben, sagt der Prof., unter solchen Umständen niemals eine Heilung gesehen. Wenn sogar die Diarrhoe allein plötzlich aufhört, das Erbrechen aber verbleibt, so ist das ein sehr schlechtes Zeichen; dagegen ist es ein gutes Zeichen, wenn das Erbrechen aufhört, die Diarrhoe andauert. Noch eine Lehre giebt es, aus der Erfahrung zu entnehmen: nämlich man muss niemals auf den Dickdarm allein sein Auge werfen. Wenn bei einem an Diarrhoe leidenden Kinde Erbrechen hinzukömmt, so hört erstere auf; eben so ist es umgekehrt der Fall, wenn zum Erbrechen die Diarrhoe hinzukömmt. Daraus würde aber die praktische Regel folgen, dass das Erbrechen aufhören wird, wenn man ein Abführmittel giebt, und dass, umgekehrt, die Diarrhoe aufhört, wenn man ein Brechmittel giebt."

Der Prof. entwickelt diese Idee auf folgende Weise: „Ein Kind, dem man Opiumklystiere giebt, um die Diarrhoe aufzuhalten, wird ein desto heftigeres Erbrechen bekommen, und es ist immer bedenklich, den Bestrebungen der Natur Zwang anzuthun. Wenn also ein Kind zu gleicher Zeit an Erbrechen und an Durchfall leidet, so muss man nicht zuerst gegen den viel weniger bedenklichen Durchfall ankämpfen. Man muss sein Augenmerk zuerst auf die oberen Wege richten und daher ein Brechmittel geben, nämlich Ipekakuanha, welche zuerst das Erbrechen vermehrt, dann durch örtliche Reizung des Darms die Diarrhoe; aber es tritt bald Reaktion ein, und am folgenden Tage vermindert sich die Diarrhoe. Gute Wirkung hat auch die Magnesia zu 25 Centigr. (= 4 Gran) pro dosi, welche die Diarrhoe temporär vermehrt und das Erbrechen vermindert. Nach Anwendung der Ipeka-

kuanha erweist sich das *Bismuthum subnitricum* sehr nützlich, um die Krämpfe des Magens zu beruhigen, aber es hat den Nachtheil, die Diarrhoe zu schnell aufzuhalten. Hat man nun so auf den Magen gewirkt, so kann man anfangen, örtlich auf den Dickdarm zu wirken. Man darf aber hier betäubende, narkotisirende Mittel nicht anwenden, weil man dadurch die so nothwendige Reaktion des Darms nur aufhalten oder schwächen würde. Man verordne also Klystiere von Höllenstein oder von Glaubersalz, wenn nämlich kein Tenesmus mehr vorhanden ist; einige Tropfen Laudanum zum Klystiere kann man allenfalls hinzusetzen. Erst wenn das Erbrechen weniger heftig geworden, und die Diarrhoe sich vermindert hat, sind absorbirende Substanzen vortheilhaft."

---

6. Soor, Höllenstein dagegen.

Am 12. Januar d. J. zeigt der Prof. ein Kind, welches am Soor leidet, der allen bisherigen Mitteln widerstanden hat. „Dieser Soor ist mehr symptomatisch, denn das Kind wurde vor 5 Tagen von Erbrechen und Diarrhoe befallen, welche auf jeden Mundvoll immer von Neuem wieder eintraten. Man gab dem Kinde zuerst Ipekakuanha, worauf sich allmälig eine Minderung des Erbrechens einstellte; dann bekam es Kalomel, um die Diarrhoe wieder herzustellen, die plötzlich aufgehört hatte. Am folgenden Tage trat sie auch sehr lebhaft wieder ein. Verordnet wurde jetzt ein Klystier von Höllensteinsolution, als Nahrung Muttermilch und dünnes Grützwasser. Diesen Morgen ist das Kind viel besser."

„Der Soor weicht nicht immer dem Borax; ja er verstärkt sich oft nach demselben, und dann muss man nicht zögern, den Höllenstein anzuwenden, der der Salzsäure, die man als Pinselsaft wohl zu verschreiben pflegt, bedeutend vorzuziehen ist. Man verordne wenigstens 1 Th. Höllenstein auf 6 Th. destillirten Wassers. Auch tauche man in diese Auflösung einen Pinsel und fahre damit im Munde herum. Etwa 24 Stunden darauf ist der Soor gänzlich beseitigt."

---

7. Askites bei Säuglingen.

„Dieser, sagt der Prof., deutet immer auf eine Krankheit der Leber oder auf eine chronische Peritonitis, weniger aber auf Mesenterialskropheln, die

in diesem Alter nicht vorzukommen pflegen. Bei so kleinen Kindern ist Rhachitis häufig mit Askites begleitet, welche von Hypertrophie der Leber oder irgend einer anderen Störung derselben abhängig ist.

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Jadelot).

Ueber die Zufälle, welche Geschwülste, die auf die *obere* Hohlvene, die Luftröhre und die *Nervi cardiaci* bei Kindern drücken, hervorrufen, und über die daraus entspringende Schwierigkeit der Diagnose.

„Am 17. April 1845 trat in die Klinik ein kleines, 9 Jahre altes Mädchen, von einer etwas lymphatischen Konstitution, wie fast alle Kinder dieses Alters; sie hat jedoch weder skrophulöse Ausschläge noch Anschwellungen gehabt; nur einmal hatte sie den Keuchhusten, war vakzinirt, und hatte sonst nie an einer Kinderkrankheit danieder gelegen. Jeden Winter bekam das Kind Katarrh. Die Eltern des Kindes sind gesund, und zwei seiner Schwestern haben ebenfalls noch nie an Dyspnoe gelitten. Mit dem letzten Winterkatarrh hat das Kind den Husten nicht verloren; seit einem Monate war das Kind, wenn es eine Treppe hinangehen wollte, gezwungen, wegen Dyspnoe und Herzpochen stille zu stehen."

„Diese Luftbeengung nahm besonders des Nachts zu, und verminderte sich auch nicht dann, wenn man Licht anzündete; Feuchtigkeit, Wind, Mahlzeiten steigerten sie. Das Kind hatte alsdann mehrmals Aufstossen. Es konnte nicht liegen, sondern musste halb aufrecht sitzen; es hatte sich rechts und links durchgelegen, was jedoch keinen Einfluss auf die Anfälle von Dyspnoe hatte."

„Die kleine Kranke warf beim Husten, und zwar zu grosser Erleichterung, einen sehr zähen Stoff aus, den sie gezwungen war, mit den Fingern aus dem Rachen hervorzuholen. Am Tage litt sie an Schmerz im Vorderkopfe; sie hatte leichte Schweisse, bisweilen Nasenbluten, und auch dann und wann etwas Husten mit Dyspnoe. Sonst aber befand sie sich bei Tage besser als bei Nacht. Gewöhnlich war sie verstopft, aber niemals hatte sie irgendwo ein Oedem. Fieber war auch vorhanden, aber es liess sich nicht genau bestimmen, wann dasselbe begonnen hat."

„Am Tage nach ihrem Eintritte, am 18ten, zeigte sich die Kranke in folgendem Zustande: Gesicht etwas gedunsen, Lippen dick und bläulich, allgemeine, obwohl nicht sehr bedeutende Kyanose des Gesichts, besonders unter den Augen, Stirn bleicher, obwohl auch livider, die Nasenflügel während der Athmung krampfhaft erweitert, Pupillen auch erweitert, die Bindehaut injizirt und trocken. Die kleine Kranke sass auf ihrem Bette in heftiger Aufregung und ächzend und weinend. Die Athmung war beschleunigt, klein, schwierig, von kleinem und unvollständigem Husten begleitet; dagegen erschienen die Halsmuskeln gespannt und mehr Zwerchfellsathmung vorhanden zu sein, denn der Thorax hob sich als eine Masse."

„Die Lokaluntersuchung ergab folgende Resultate: Der Thorax erschien an allen Stellen dilatirt, die Vertiefungen über und unter dem Schlüsselbein waren ausgefüllt. In der Präkordialgegend sah man eine grosse, fast 41 Quadratzoll betragende Wölbung; kein matter Perkussionston im Thorax. Man hört vorn die Athmung ganz gut, obwohl durch sehr häufiges tönendes Schleimrasseln verändert. Hinten hört man auch an der Basis beider Seiten ein tönendes Rasseln und zugleich ein knisterndes, trockenes, feines und gleichmässiges Rasseln, aber nirgends ein Blasen oder einen verstärkten Wiederhall der Stimme; auch ist kein pfeifendes Rasseln zu vernehmen. Vorn an der Herzgrube erkennt man, wie gesagt, die grosse Wölbung, welche überall beim Anschlage matt klingt, und besonders gegen den Schwertknorpel zu sich zu heben scheint. Die Herzgeräusche sind tief, dumpf, häufig, jedoch nicht unregelmässig, ohne Pusten und ohne abnorme Töne; beim Horchen fühlt man den Impuls."

„Die Kranke hatte weder Kopfschmerz, noch Delirium, noch grosse Schwäche; die Zunge war feucht und weiss, der Durst ist nicht sehr lebhaft, der Appetit hat sich nicht ganz verloren; keine Uebelkeit, keine Aufblähung des Bauches, keine Leibschmerzen und nur wenig Darmentleerung. Die Haut ist nicht sehr warm, der Puls klein, regelmässig, bis auf 100."

„Am Abend ihres Eintritts bekommt die Kranke ein Brechmittel; am 18ten verordnet: geregelte Kost, Ansatz von 12 Blutegeln unter die Schlüsselbeine, Einreibungen mit gewürztem Weinessig auf die Gliedmaassen. Da am Abend ein wenig Besserung eintrat, so wurden von Neuem Blutegel auf dieselbe Stelle gesetzt."

„Während der Nacht war das Antlitz weniger bläulich, die Angst weniger gross, der Kranz um die Augen weniger blau, die Athmungs-

beschwerde beträchtlich vermindert, und es konnte die kleine Kranke ein wenig schlafen. Der Husten hatte aufgehört; das Horchen und der Anschlag an die Brust ergab noch dieselben Resultate; allein das knisternde Rasseln war etwas geringer geworden; die Herzgeräusche weniger beeilt, die Haut normal, der Puls auf 90; die Zunge feucht, Durst nicht vorhanden, etwas Uebelkeit, eine mässige Darmausleerung."

„Am 20sten schien die Genesung einzutreten: die Kleine stand auf und spielte mit anderen Kindern. Der Puls 70, das knisternde Rasseln fast gar nicht mehr zu hören. Die Athmungsbeschwerde bedeutend vermindert; die Kleine hatte ihre Munterkeit und ihr früheres rosiges Aussehn wieder erlangt; man gab ihr gehörige Nahrung. Dieser Zustand dauerte bis zum 28sten; man glaubte sie geheilt, sie sollte in 2 — 3 Tagen ausgehen, aber in der Nacht wurde Hr. J. gerufen, und fand sie in folgendem Zustande: Ein Anfall von Luftbeklemmung war eingetreten, stärker als je einer zuvor, die Gliedmaassen, und besonders die Arme, waren bläulich, die Augen angstvoll und vertieft, das Antlitz fast dunkelroth an der Stirn, an der Nase und in der Vertiefung zwischen Nase und Lippe, und bläulich auf den Augenlidern, Lippen und Wangen; die Athmung war häufig, beschleunigt, ächzend; der ganze Brustkasten war tönend; überall hört man tönendes Schleimrasseln, dagegen ein vermindertes Athmungsgeräusch; das Zwerchfell bewegte sich nicht mehr; der Puls klein, unregelmässig, sehr beeilt; kein Husten, kein Auswurf; ein geringes Delirium, abwechselnd mit Betäubung. Verordnet: Eine kräftige Gabe von Ipekaknanha mit Brechweinstein. Der Zustand dauerte nicht nur die Nacht, sondern auch den folgenden Tag hindurch; das Delirium, die Betäubung, die bläuliche Färbung, das beschwerliche Athmen verminderten sich nicht; der Puls wurde immer schwächer und schwächer, und um 7 Uhr Abends hörte er auf zu schlagen."

Leichenschau. Der Körper der kleinen Kranken war äusserlich wohl gestaltet und verhältnissmässig nicht sehr abgemagert; die Brust war breit, der Bauch etwas aufgetrieben und die bläuliche Färbung noch auf den Gliedmaassen sichtbar. Bei Eröffnung der Brust fand man die Pleura gesund, ohne Adhäsion mit den Lungen und ohne Ergiessung. Die beiden Lungen waren der Sitz eines ausgedehnten Emphysems; sie waren weisslich, trocken und beim Einsenken in Wasser knisterten sie, schwammen obenauf und liessen eine Menge kleiner Luftbläschen aufsteigen. Nirgends aber entdeckte man ein sogenanntes Subpleural-Emphysem, noch die vorspringenden emphysematösen An-

hänge, welche man so häufig bei alten Asthmatischen antrifft. Die Lungen bedeckten das Herz und fielen bei Eröffnung der Brust nicht zusammen; ihr Durchschnitt zeigte keinen von den kleinen Räumen, welche die Folge einer Zerreissung der Zellscheidewände sind; der vordere Rand und die Basis der linken Lunge waren besonders durch ihre Ausdehnung und ihre theilweise Durchsichtigkeit auffallend. In den Lungen fanden sich keine Tuberkeln. Die Bronchien waren röthlich und entzündet, jedoch ohne Schaum, nur mit etwas Schleim. Die Lungenvenen waren durch schwarzes und flüssiges Blut ausgedehnt.

Der Herzbeutel zeigte keine Spur von Entzündung; er enthielt 2 Löffel voll einer klaren, etwas gelblichen Flüssigkeit. Die rechten Herzhöhlen waren auch von einem schwarzen flüssigen Blute ausgedehnt; das Herzohr besonders erschien so bläulich, als wäre es injizirt worden. Sonst aber waren die 4 Herzhöhlen in ihren Klappen, wie in ihren Wandungen gesund, nur erschien das Herz etwas grösser als gewöhnlich. Im Mediastinum fand man: 1) ein kreidiges Tuberkel, drei Linien lang, auf der oberen Hohlvene aufliegend und sie zusammendrückend, und zugleich eben so auf 2 *Nervi cardiaci* wirkend, welche auch unter ihm lagen; 2) hinter der Hohlvene und etwas zur Seite fand man eine zweite tuberkulöse und kreidige Drüse, welche fast noch einmal so gross als die vorige war und die Luftröhre zusammendrückte; endlich 3) fand man eine dritte, aber blos vergrösserte Drüse zwischen der Hohlvene und den Lungenarterien, so dass erstere von den 3 Drüsen zusammengepresst wurde. Die übrigen Venen des Körpers waren mit schwarzem, flüssigen Blute angefüllt. Das Mesenterium enthielt 12 tuberkulöse oder kreidige Drüsen, sonst war Alles vollkommen gesund.

Bemerkungen. „Untersuchen wir die einzelnen Punkte dieser interessanten Krankheitsgeschichte, so finden wir zuvördert eine grosse Schwierigkeit der Diagnose. Als das Kind lebte, war die Natur des Uebels schwer zu bestimmen; man hatte sich zu fragen, ob das, woran das Kind litt, ein blosses Asthma, oder ein lange bestehendes Emphysem, oder eine Herzkrankheit, oder etwas Anderes sei? Ein Asthma konnte es nicht sein: 1) weil ein Asthma unter dieser Form, in diesem Alter höchst selten oder nie vorkommt, 2) weil die Athmungsbeschwerde anhaltend, die Athmungsbewegung stets beschleunigt war, während im Asthma die Nachlasszeiten frei sind, und die Athmung gross und tief ist, und endlich 3) weil das äussere Ansehen der Kranken gar nicht mit dem übereinstimmte, was man an Asthmatischen sieht, die entweder,

ganz bleich aussehen und kalte Extremitäten haben, oder, umgekehrt, roth aussehen und eine brennende Haut haben. Ein gewöhnliches Asthma konnte es nicht sein. Für ein Herzübel sprach die Blausucht, das Herzpochen, der kurze Athem während eines Monats, und man würde vor der Benutzung der Auskultation sicherlich auf ein Herzübel geschlossen haben; allein da keine ungewöhnlichen Herzgeräusche zu hören waren, so musste man diese Idee verwerfen. Katarrh und Emphysem wurden allerdings durch das Behorchen und Anschlagen der Brust bethätigt, aber man konnte diese unmöglich für die Ursachen des ganzen Zustandes halten." Der Prof. erklärte demnach, „er müsse aus den eben entwickelten Gründen, so wie aus dem, was er in anderen Fällen gesehen, schliessen, dass man es hier mit einer Kompression der grossen Gefässe zu thun habe." Man hat gesehen, wie seine Diagnose sich bestätigt hat.

„Offenbar", sagte der Prof., „hat das Uebel hier in den drei Drüsengeschwülsten, welche die Luftröhre, die *Nervi cardiaci* und die obere Hohlvene komprimirten, seinen Grund. Es musste darauf eine dreifache Reaktion folgen: Herzpochen, Dyspnoe und in Folge derselben das Emphysem. Es ist dieses ein chronischer Zustand, aber als die Kleine die Klinik betrat, hatte sie Fieber, und es ist die Frage, ob sie damals eine Pneumonie gehabt hat. Der Puls war allerdings beschleunigt, aber das Fieber war gering, liess bald nach und schien mehr von einer geringen katarrhalischen Affektion abhängig zu sein, zu der eine gleichsam subchronische Kongestion der Lungen hinzukam. Die Behandlung, welche vorzugsweise gegen diese Kongestion der Lungen gerichtet war, hatte, wie man gesehen hat, eine ziemlich gute Wirkung; der Tod erfolgte in einem Zustande von Asphyxie, wie er nach Pruz in Folge von Emphysem, durch welches die Hämatose verhindert wird, zu erfolgen pflegt."

C. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

1. Ueber die Eröffnung der Luftröhre bei kleinen Kindern zur Entfernung fremder Körper.

„Am 12. August wurde in das Hospital ein 4½ Jahre altes Mädchen von auswärts gebracht, welches beim Spiele eine Schminkbohne

(*haricot*) verschluckt hatte, die ihm in den Kehlkopf gedrungen war. Sogleich, wie das geschehen war, trat ein Erstickungsanfall, Husten und äusserste Dyspnoe ein. Ein Arzt in der Nähe wurde herbeigeholt, der Brechmittel gab, und da diese keinen Erfolg hatten, das Kind schnell nach dem nahen Paris zu Hrn. Guersant tragen liess:"

„Als dieser das Kind zu Gesicht bekam, hatte es deutliche Hustenanfälle, in manchen Augenblicken grosse Angst, aber dazwischen auch wieder einige Ruhe; das Antlitz war etwas geröthetér als gewöhnlich. Beim Anklopfen an die Brust vorn und hinten ein normaler Ton; man hörte in beiden Brusthälften, sowohl vorn als hinten, etwas pfeifendes und schleimiges Rasseln. Durch Auflegen der Hand auf den vorderen Theil des Halses fühlt man deutlich einen den Bewegungen der Inspiration und Exspiration folgenden festen Körper in der Luftröhre. Wenn das Kind hustete, so fühlte man den Körper noch deutlicher. Die vorangegangenen Umstände, so wie die Angaben des Kindes und seiner Eltern bestätigten diese Diagnose. Als das Kind zuerst examinirt wurde, befand sich der fremde Körper schon seit 2 Tagen in dem Luftkanale."

„Fast immer sind es Schminkbohnen, welche bei Kindern in die Luftwege gerathen. Hr. G. hat Dupuytren 2- bis 3mal bei Kindern die Tracheotomie wegen eines fremden Körpers machen sehen, und immer war es eine Bohne, die herausgezogen wurde. In dem Falle, in dem Boyer das einzige Mal bei einem Kinde aus demselben Grunde operirte, wurde auch eine Bohne entfernt. Endlich hat Hr. G. in drei Jahren dreimal wegen desselben Zweckes die Tracheotomie bei Kindern gemacht, und es war jedesmal eine Bohne, die herauskam. Dieser Umstand ist leicht erklärlich; das Volumen, die Form der Bohne und ihre glatte Aussenfläche begünstigen das Hineinschlüpfen der Bohne in den Larynx. Indessen gelangen zuweilen auch andere Dinge, sowohl bei Kindern, wie bei Erwachsenen hinein; so Knochenfragmente, eine Münze, ein Stückchen Fleisch, und es muss immer die erste Pflicht des Wundarztes sein, sich von der Natur des eingedrungenen Körpers zu unterrichten."

„Die Art der Zufälle", sagt der Prof., „so wie überhaupt die Prognose ist durchaus abhängig von der Natur des in den Kehlkopf gedrungenen fremden Körpers. Eine Münze, ein Stück Metall, ein Knochenfragment können nicht wieder austreten, wenn sie einmal eingedrungen sind, indem sie weder in Form, noch in Konsistenz eine Veränderung erleiden. Dagegen erleidet ein Stück gekochten, halb-

gekaueten Fleisches, eine gekochte Bohne, ein Stück Kartoffel eine solche Veränderung, dass früher oder später ein Austritt erfolgen kann. Man hat Beispiele von ziemlich harten Körpern, z. B. einem Stücke Dragée, dass sie in die Luftröhre gedrungen, dort erweicht und verkleinert wurden und von selber wieder austraten."

„Mag nun der fremde Körper solcher Natur sein, dass er von selber ausgetrieben werden kann oder nicht, so wird er immer, sobald er in den Luftkanal gelangt ist, ziemlich dieselben Erstickungs- oder dyspnoischen Zufälle erzeugen. Sterben die Kranken kurze Zeit nach dem Zufalle, so liegt die Ursache darin, dass der fremde Körper vermöge seines Volumens alle Luft von den Lungen abschloss. Ist der Körper klein, um noch Zutritt zu den Lungen möglich zu machen, so kann der Kranke noch ziemlich lange leben, obwohl er meist die charakteristischen Zufälle darbieten wird."

„Dauert es unter diesen Umständen längere Zeit, ehe der fremde Körper wieder herausgeschafft wird, so gesellen sich noch andere Erscheinungen hinzu, und gewöhnlich die der Entzündung der Bronchien, der Lunge und auch wohl der Eiterung derselben. Ich habe an einem Kinde die Tracheotomie gemacht, welches seit 18 Tagen eine Bohne in der Luftröhre hatte; in der linken Brusthöhle hatte sich eine konsekutive, mit Bronchitis begleitete Pneumonie sehr heftigen Grades entwickelt."

„Was die Behandlung betrifft, so sind gewöhnlich Brechmittel eben so wenig von Erfolg als Niesemittel, die man auch empfohlen hat. In neuerer Zeit ist man auf die Idee gekommen, einen Menschen, dem ein loser Körper in die Luftröhre gelangt ist, halb auf den Kopf zu stellen, oder wenigstens in eine Lage zu bringen, in der der Kopf den abschüssigsten Theil bildet. Hr. Lenoir hat auf diese Weise ein Geldstück aus der Luftröhre, wohin sich dasselbe begeben hatte, herausgeschafft.[1]) Der Kranke wurde so gelagert, dass der Kopf nach unten stand; nachdem er in dieser Lage einige Mal tüchtig geschüttelt worden, kam das Geldstück heraus. Es ist klar, dass die Form des fremden Körpers viel zum Gelingen dieses Manövers beiträgt. Wenn es ein Geldstück ist, so muss es sich so darstellen, dass es mit seinem Rande gegen die Stimmritze tritt; denn würde es mit seiner Fläche dagegen treten, so würde es nicht herauskommen können. Ist es eine

1) Bekannt ist, dass Hr. Brunnel, der berühmte Erbauer des Tunnels von London, auf dieselbe Weise von einem ihm in die Luftröhre gelangten fremden Körper befreit worden ist.

Bohne, die in die Luftröhre getreten ist, und hat sie dort eine Zeit lang verweilt, so schwillt sie in Folge der Feuchtigkeit und Wärme an, und kann dann auch nicht so leicht austreten. Uebrigens gestattet die grössere Engigkeit der Stimmritze und aller Theile des Kehlkopfes beim Kinde das Gelingen dieses Manövers nicht so, wie die grösseren Dimensionen bei Erwachsenen."

„Aus allem diesen erhellt die Nothwendigkeit, den fremden Körper, zumal bei Kindern, mittelst einer Operation zu entfernen. Welches sind nun wohl die Schwierigkeiten, welche unter solchen Umständen entgegentreten können? Die Operation ist immer günstig für den Kranken, denn sie hat unmittelbar den Zweck, ihn von einem fremden Körper zu befreien, der ihm eins von beiden, nämlich Erstickung, oder, im günstigen Falle, pneumonische oder bronchitische Entzündungen oder Eiterungen bringen würde. Somit ist die Operation ein Mittel zur Lebensrettung, obwohl nicht zu läugnen ist, dass sie auch sogleich oder später gewisse Folgen haben kann, die nicht unerwähnt bleiben dürfen. Indessen fallen diese Folgen weniger ins Gesicht, seitdem man sich weniger besinnt, die Operation vorzunehmen. Früher schritt man mit grosser Aengstlichkeit zur Tracheotomie, und jetzt giebt es nicht einen beschäftigten Wundarzt, der sie nicht wenigstens ein paarmal gemacht hat; ich habe sie wohl mehr als 50mal verübt, sowohl im Hospitale, als in der Stadt. Einer der häufigsten Zufälle ist die durch die Durchschneidung der oberflächlichen Venen bewirkte Blutung, die viel weniger die Aufmerksamkeit erregt hat, als sie es sollte. Wenn man die Luftröhre öffnet, so kann das Blut bei einer inspiratorischen Bewegung des Kranken plötzlich in die Oeffnung sich stürzen, und wenn die Menge des hereingestürzten Blutes beträchtlich ist, kann es eine Art momentaner Asphyxie bewirken. Der Kranke erbleicht dann plötzlich und erscheint wie erstickt. In einem solchen Falle hatte Hr. Roux den Gedanken, rasch in die Oeffnung der Luftröhre einen weiblichen Katheter einzuschieben und mittelst desselben das Blut kräftig heraufzusaugen; dieses Verfahren hatte in der That den schönsten Erfolg. Vor einigen Jahren verfuhr ich unter ähnlichen Umständen auf dieselbe Weise und erlangte dasselbe gute Resultat."

„Wenn diese augenblickliche Gefahr vermieden ist, welche Zufälle sind wohl ausserdem noch zu fürchten? Macht man eine Oeffnung in die Luftröhre, so wird der fremde Körper sogleich aus derselben getrieben, wenn sie gross genug und wenn der Körper in der Luftröhre beweglich ist. In den drei letzten Operationen, die ich gemacht

habe, ist dieses der Fall gewesen, und die Bohne ist von selbst herausgetreten. Ist aber der fremde Körper in die Bronchen gelangt, und daselbst gleichsam festgekeilt, so geschieht dieses nicht. Das Gefühl des Auf- und Niedersteigens des fremden Körpers in der Luftröhre, wenn man die Hand auf den vorderen Theil des Halses legt, ist ein Zeichen, dass der Körper beweglich ist, und man kann dann, wie im gegenwärtigen Falle, getrost zur Operation schreiten. Wenn aber dieses Zeichen fehlt, so muss man fürchten, dass der fremde Körper sich in einen der Bronchen festgestellt habe, wie man mehrmals gefunden hat, unter anderen bei einer Operation, die Hr. Blandin vor 4 oder 5 Jahren gemacht hat; dann muss man sich langer, gebogener und etwas auf ihre Fläche geneigter, feiner Zangen bedienen. Es braucht nicht hinzugefügt zu werden, dass mit solcher Zange sehr vorsichtig verfahren werden müsse, um nicht den fremden Körper noch tiefer hineinzustossen, von woher er gar nicht würde austreten können. Ich würde mich unter solchen Umständen lieber des gegliederten Löffels des Hrn. Leroy-d'Etiolles, welchen derselbe zur Ausziehung von Steinfragmenten aus der Harnröhre angegeben hat, bedienen."

„Ist die Operation geschehen und der fremde Körper herausgebracht, so befindet sich der Kranke in um so günstigeren Umständen, je früher die Operation gemacht ist. An sich hat die Operation nichts Gefährliches. Ist der fremde Körper entfernt, so hat man nichts weiter vor sich, als eine einfache Wunde. Macht man die Operation an einem kranken Individuum, z. B. wegen des Krups, so befinden sich Lunge und Schleimhaut der Bronchen in einem mehr oder minder krankhaften Zustande; man findet häutige Massen abgesondert, und dieser Umstand ist es, weshalb die Tracheotomie hier so gefährlich wird; dazu kommt noch, dass man gezwungen ist, eine Zeit lang ein Röhrchen in der Wunde zu lassen, was nicht nur eine Entzündung aller Theile steigern, sondern sie auch selbst hervorrufen kann. Bei der Tracheotomie zur Entfernung eines fremden Körpers athmet sogleich der Kranke vollständig und ganz frei, sobald die Wunde vereinigt ist. Gewöhnlich pflegen diese Wunden nicht durch erste Vereinigung zu heilen; ich habe fast immer eine sekundäre Vereinigung folgen gesehen. Der Grund davon liegt offenbar darin, dass es oft unmöglich ist, die Wundränder so genau mit einander zu vereinigen, dass gar keine Luft eintreten kann."

„Bei dem kleinen Mädchen, welches den Gegenstand dieses Vortrages ausmachte, trat der fremde Körper, sobald die Luftröhre geöffnet

worden, sogleich in die Oeffnung der Wunde, konnte aber nicht heraustreten, weil die Oeffnung zu klein war; eine geringe Vergrösserung der Wunde mit einem geknöpften Bisturi bei auseinander gehaltenen Lippen bewirkte, dass die Bohne plötzlich bei einer Ausathmung herauskam. Es war nur wenig Blut bei der Operation ausgeflossen. Wenige Tage darauf fand sich die Wunde an den meisten Stellen vereinigt und grösstentheils schon vernarbt; und da das Kind sehr nach seinen Eltern verlangt, so werde ich ihm willfahren und es nach Hause schicken, damit es dort seine Genesung vollende."

---

2. Kalkschichten auf der Blasenwand, schwierige Diagnose.

Im Hospitale befand sich ein 14 Jahre alter Knabe von guter Konstitution, sich gewöhnlich wohl befindend, auch jetzt recht gesund und gut genährt. Seit zwei Jahren, bemerkt seine Mutter, urinire er nur mit grossen Schmerzen, besonders wenn er die letzten Tropfen Urin entleeren will. Seit den zwei Jahren scheinen die Schmerzen nicht anhaltend gewesen, sondern verschwunden und wiedergekommen zu sein. Da sie in der letzten Zeit aber weit lebhafter als sonst geworden sind, so hat die Mutter den Knaben in das Hospital geführt. Am folgenden Tage untersuchte der Prof. den Knaben mit dem Katheter, und fühlte deutlich einen festen, rauhen Gegenstand, über welchen er mit der Sonde hinwegfahren konnte, und der auf der unteren Wand der Blase sass. Dieser rauhe, harte Gegenstand war nicht vorspringend. Der Prof. sprach die Möglichkeit aus, dass es ein eingebalgter Stein sein könne, aber noch eher dachte er an einen Kalkbelag, wie er auf der inneren Fläche der Blase bei Kindern gar nicht selten ist, und wie er schon öfters ganz geschickte Wundärzte zu dem Glauben gebracht habe, dass sie es mit einem Blasensteine zu thun hätten. Um genauer sich zu überzeugen, brachte der Prof. den Lithontriptor ein, und man konnte nun leicht erkennen, dass nichts zu erfassen war, und dass die Zähne des Instruments über eine rauhe Fläche hinabfuhren. Daraus schloss der Prof., dass hier nichts Anderes vorhanden sei, als ein Kalkbelag auf dem Boden der Blase, über welche Affektion man bis jetzt noch eben so wenig im Klaren ist, als über die dagegen anzuwendenden Mittel.

Der chemischen Analyse unterworfen, zeigte der Urin nichts Un-

gewöhnliches; er war wie gewöhnlich bei Kindern dieses Alters. Der Prof. fragte sich, ob in der Nahrung des Kindes wohl etwas liegen möge, was Aufschluss über die Bildung dieser eigenthümlichen Kalkablagerung geben könne. Er wolle, sagt er, darüber nicht entscheiden, aber so viel könne er versichern, dass, seitdem der Kranke im Hospitale sich aufhält und Wein bekömmt, er sich weit besser befindet, und eine genaue Untersuchung hat ergeben, dass seitdem die Kalkschichten sich verkleinert haben. Der Knabe ist deshalb weiter keiner anderen Medikation unterworfen, sondern bekömmt seinen Wein, und man zweifelt nicht, dadurch allein ihn vollständig zu heilen.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Beitrag zur Erkenntniss larvirter Wechselfieber kleiner Kinder, und über die Wirkung grosser Gaben Chinin in der Kinderpraxis.

Im trefflichen *Journal de Médecine* von Trousseau (Nov. 1845) finden wir einen kleinen Aufsatz über die larvirten Fieber und über die Anwendung des Chinins dagegen. — Man müsste eigentlich nicht sagen, dass das Chinin dort anzuwenden sei, wo die Fieber oder die sonstigen Zufälle intermittirend und periodisch wiederkehrend sind, sondern vielmehr, dass es in allen den Zuständen von Wirkung sei, welche durch Sumpfeffluvien oder Effluvien fauliger Zersetzung von Pflanzenstoffen erzeugt werden, mögen diese Zustände intermittirend, remittirend oder anhaltend sein. Wird das Chinin gegen plötzlich eintretende Gelenkrheumatismen, welche durch solche oder ähnliche Einflüsse entstanden sind, etwas vermögen? Der folgende Fall wird zeigen, dass man mit dem Chinin hier mehr auszurichten vermag, als man gewöhnlich annimmt. „Ein Kind, seit 4 Tagen an einem heftigen rheumatischen Fieber leidend", erzählt Dr. Turrel, „hat zugleich eine entzündliche Anschwellung der Gelenke, besonders der beiden Kniegelenke, eines Fussgelenks und eines Faustgelenks. Mit den Anschwellungen war auch zugleich Ergiessung vorhanden. Diese Affektionen wanderten plötzlich und unter heftigen Schmerzen von einem Gelenke auf das andere, und der Knabe hatte die lebhaftesten Schmer-

zen. Der Impuls des Herzens war sehr stark und mit einem metallischen Klange verbunden; ein Blasebälgton statt des ersten Herzgeräusches und bis auf den zweiten Herzton hin sich verlängernd. Wir gaben 3 Pillen schwefelsauren Chinins, 15 Centigrammen (ungefähr 2¼ Gran) enthaltend; davon bekam das Kind eine Pille des Morgens, eine des Mittags und eine des Abends. — Am folgenden Tage war das Fieber viel geringer, aber die Gelenkaffektion dauerte fort. Dieselbe Dosis; 24 Stunden nachher war der Puls von 112 auf 84 gefallen, die Haut frisch, die Schmerzen sehr erträglich; die Ergiessung in den Kniegelenken war verschwunden. Wieder dieselbe Dosis; jetzt fällt der Puls bis auf 60, Schmerzen und Anschwellungen der Gelenke sind verschwunden, Appetit stellt sich ein. Eine definitive Heilung nicht gleich voraussetzend, gaben wir neben einiger Nahrung zuerst 30, am folgenden Tage 20, und am nächstfolgenden Tage 10 Centigrammen Chinin (1 Centigr. = $\frac{4}{27}$ Gran). Der Puls fiel auf 46; der abnorme Impuls des Herzens hörte ganz auf; nur ein geringes Blasebalggeräusch verbleibt noch. Wir hören aber auf Arznei zu geben; das Kind ist vollständig geheilt, — also nach dreitägiger Kur, nachdem es in Summa 1¼ Grammen (fast 25 Gran) schwefelsauren Chinins genommen hatte." — (Ist dieser Fall wirklich so, wie er angegeben ist, so ist er allerdings von grosser Bedeutung; das gewöhnliche Verfahren mit antiphlogistischen, derivativen und diaphoretischen Mitteln würde sicherlich nicht in so kurzer Zeit zum Ziele geführt, sondern eine weit beschwerlichere Genesung veranlasst haben.)

---

2. Ueber die Delirien, welche im letzten Stadium der Dothinenterie der Kinder vorkommen, und über die gute Wirkung des Opiums dagegen.

Hr. Morand in Tours macht auf einen krankhaften Zustand aufmerksam, der noch wenig oder gar nicht gekannt ist. Er kommt besonders bei Kindern vor, und scheint in einem übermässigen Erethismus des Gehirns zu bestehen. Die Delirien bezeugen wenigstens alle einen hohen Grad von Aufregung; die Kranken schreien fortwährend und befinden sich in einem reizbaren Zustande, wie er nicht gewöhnlich ist; es ist dies mit einem Wort eine Nervenaufregung, die sich von den Delirien im Nervenfieber bedeutend unterscheidet, und wenn in neueren Zeiten gegen das nervöse Delirium das Opium gerühmt

worden ist, so fühlte sich Hr. M. berechtigt, es auch gegen dasjenige anzuwenden, welches oft in der letzten Periode der Dothinenterie, besonders bei Kindern, sich einstellt. Folgender Fall wird am besten zeigen, was der Verf. meint. Ein Knabe, 11 Jahre alt, in Tours heimisch, wird am 1. März 1838 von einer Dothinenterie ergriffen. Diese Krankheit durchläuft anfänglich ihre Stadien ziemlich gutartig, verschlimmert sich aber nach und nach, und bringt endlich den Kranken bis in das letzte Stadium, nämlich in das der Erschöpfung und des Marasmus. Am 32sten Tage der Krankheit (1. April) scheint der Knabe in einem sehr üblen Zustande zu sein. Er delirirt und schreit unaufhörlich. Dr. Bretonneau hat dieses Geschrei mit vollem Recht ein Kreischen genannt; man braucht es nur einmal gehört zu haben, um es von dem meningitischen Geschrei zu unterscheiden. Zur Beruhigung dieses Geskreisches und Deliriums werden 15 Tropfen Laudanum in einem gehörigen Quantum Lindenblüthenwasser verordnet. Stündlich gegeben, besänftigt diese Potion das Gekreisch, verschafft Schlaf, und beseitigt das Delirium in 18 Stunden. Um dessen Rückkehr zu verhüten, wird auch an den folgenden Tagen die Potion fortgesetzt, dazu eine analeptische Kost, welche Mittel nicht nur zur Verwunderung der Umgebung, sondern auch zu der des Arztes den Kranken vollkommen herstellen. Uebrigens wird man bei tieferem Nachdenken nicht so über die gute Wirkung des Opiums in diesem Falle überrascht sein, wenn man das hier in Rede stehende Delirium mit dem vergleicht, welches im letzten Stadium der Pneumonie, in Folge grosser Verletzungen, grosser Operationen u. s. w. eintritt, und besonders wenn man es mit dem *Delirium tremens* vergleicht, wo das Opium bekanntlich sehr wirksam sich erweist. Jedenfalls geht aus dem hier Mitgetheilten hervor, dass man in Nervenfiebern die vorkommenden Delirien nicht alle in eine Gruppe zusammenbringen darf, sondern dass sie aus verschiedenen Ursachen entspringen, und auch verschiedene Indikationen erheischen.

---

3. Ueber die Belladonna als wirksames Mittel gegen das nächtliche Bettpissen der Kinder.

Wir kommen noch einmal auf diesen Gegenstand zurück, den wir schon einmal in dieser Zeitschrift (Journal für Kinderkrankheiten, Bd. V, Dezember 1845, S. 451) kurz berührt haben. So vortrefflich,

sagt Hr. Morand, die Belladonna gegen das nächtliche Bettpissen sich erweist, so giebt es doch Fälle, wo sie im Stiche lässt. Man muss deshalb vor allen Dingen die Indikationen genau festzustellen suchen, und man wird dann bald erkennen, dass, sobald die Inkontinenz des Urins auf einem organischen Fehler der Harnorgane beruht, die Belladonna mehr Nachtheile als Vortheile bringen muss. Ein junges, 22 Jahre altes Mädchen von starker Komplexion, seit einer langen Reihe von Jahren an Inkontinenz des Urins leidend, hatte die Belladonna vergeblich genommen; aber eine genaue Untersuchung ergab, dass das Mädchen eine sehr weite und kurze Harnröhre hatte, gleichsam als wenn diese erweitert worden wäre. Hr. M. erzählt auch noch von einer Dame, welche in Folge eines Mutterkranzes eine Unfähigkeit den Urin zurückzuhalten erlitt, wo auch die Belladonna Nichts vermochte. „Kann ich aber, fügt er hinzu, nur wenige Fälle mittheilen, wo die Belladonna Nichts ausgerichtet hat, so kann ich dagegen über sehr viele berichten, wo dieses Mittel entweder vollkommene Besserung oder wenigstens grosse Erleichterung verschafft hat. Ich übergehe diejenigen Kranken, welche das Mittel nicht lange genug fortgesetzt, oder dasselbe unregelmässig gebraucht haben, und ich kann dann von vielen anderen wirklich vortreffliche Erfolge berichten. So haben wir in der Kolonie zu Mettray einen jungen Menschen, 18 Jahre alt, sonst wohlgestaltet, welcher am nächtlichen Bettpissen litt, und die Belladonna 7 Tage lang brauchen musste, ehe sie wirkte. Ueber diese Zeit hinaus wurde dieses Mittel in verstärkter Dosis gegeben, wirkte aber nicht. In den Fällen, wo man es sehr lange gegeben, aber Nichts ausgerichtet hat, muss man es ganz aussetzen, um es vielleicht zu einer anderen Zeit wieder zu beginnen. Ich habe aber ein Paar Fälle notirt, welche die Wirksamkeit der Belladonna vollkommen darthun. Ein Knabe, 9 Jahre alt, liess seit seiner zartesten Kindheit allnächtlich den Urin im Bett, und allen Mitteln, allen Anstrengungen gelang es nicht, dem Uebel zu steuern. Ich gab dem Knaben das Belladonna-Extrakt anfänglich zu 1 Centigr. ($\frac{1}{12}$ Gran) 3mal täglich; hierauf wurde das Bedürfniss, den Urin zu lassen, weniger häufig, obgleich der Knabe noch des Nachts einpisste; dann stieg ich aber allmälig mit dem Belladonna-Extrakt bis zu 4 Centigr., und nun verflossen 2—3 Nächte, ohne dass der Knabe einpisste; endlich nach 30tägiger Behandlung war das Uebel ganz beseitigt. Der Knabe fühlte sich von dem Bedürfniss, Urin zu lassen, erweckt, und hat vollkommen Zeit, das Nachtgeschirr zu nehmen. Am 31sten, 32sten und 33sten

Tage der Behandlung hat der Knabe die Belladonnapillen weggelassen, und in den dazwischen liegenden Nächten pisste er wieder ein. Sogleich bekam er die Pillen wieder, und augenblicklich verschwand auch das Uebel. Eine gewisse Zeit hindurch pisste der Knabe noch wohl alle 8 — 10 Tage einmal ein, aber jetzt ist er vollständig geheilt, obwohl er die Pillen längst nicht mehr nimmt. Auch auf alte Leute, wenn sie an Inkontinenz des Urins leiden, und wenn dieses Uebel nur auf einer Reizbarkeit der Blasenwände und Schwäche des Blasenhalses beruht, wirkt die Belladonna, zu 9 — 15 Centigr. täglich, sehr wohlthätig.

---

4. Beiträge zur Behandlung der Skropheln.

Im *Bulletin de Thérapeutique* finden wir vom Dr. Sandras die Heilmethode angegeben, welche im Hôtel-Dieu in Paris gegen die Skrophelsucht im Gebrauch ist. Seit längerer Zeit, sagt er, sei er von der grossen Anzahl von Skrophelkranken in Erstaunen gesetzt worden, welche im Zentralbüreau sich einstellte, um die Hülfe der Kunst zu reklamiren. Er kenne sehr wohl alle die kühnen Versuche, die man mit kostspieligen und auch gefährlichen Arzneistoffen gegen diese Krankheit angestellt hat. Er habe demnach geglaubt, dass es für die grosse und meistens arme Klasse der Skrophelkranken etwas sehr Wünschenswerthes wäre, eine Heilmethode zu haben, die nicht nur sicher und schnell wirkt, sondern ihnen auch leichter zu Gebote stehe. Nachdem Hr. Sandras eine lange Reihe von Versuchen und Beobachtungen angestellt hat, ist er endlich zu einer Heilmethode gelangt, deren Grundzüge folgende sind: Die Kranken werden, so sehr es nur angeht, bei guter und stärkender Kost erhalten, und zu diesem Zwecke sorgt er zuerst für ihren Appetit und giebt ihnen dann kräftiges Fleisch, welches er ihnen bald gebraten, bald geschmort reicht, ausserdem gutes Brod, leichte Gemüse, gute Suppen und etwas Wein. Diese gemischte Nahrung wird im Allgemeinen von den Kindern viel besser ertragen, als die streng abgegrenzte Hospitalkost. Er empfiehlt ferner Körperbewegungen in freier Luft und unter Bäumen; diese Bewegung muss mit nützlicher und angenehmer Beschäftigung verbunden sein. Ausserdem benutzt er 3 Arten von Bädern für die Skrophelkranken, nämlich Gallertbäder, alkalische Bäder und Schwefelbäder. Unter Umständen passen auch noch 2 Arten von Bädern, nämlich Alkohol-

bäder und Jodbäder; aber letztere sind zu kostspielig, und erstere sind mit so viel Unbequemlichkeiten in öffentlichen Anstalten verbunden. Die Gallertbäder verordnet Hr. S. dann, wenn es darauf ankömmt, direkt auf die Haut erschlaffend und erweichend zu wirken, wenn allgemeine oder örtliche Reizung vorhanden ist, und es nöthig ist, ein Bad zu geben ohne zu schwächen. Die mit Natron oder mit gewöhnlicher Seife bereiteten alkalischen Bäder sind nur anwendbar, wenn Reizung nicht vorhanden ist; sie sind stärkender als die eben genannten, weniger erschlaffend, und scheinen auf schlaffe Geschwüre, welche bei Skrophelkranken so häufig sind, sehr vortheilhaft zu wirken. Sie haben fast die beruhigende Wirkung eines einfachen Bades, schwächen nicht, und geben örtlich den Texturen eine grössere Thätigkeit. Endlich zeigen die Schwefelbäder eine noch reizendere Thätigkeit; Hr. S. bedient sich ihrer, um allgemein oder örtlich auf träge phlegmatische Subjekte zu wirken. Ist keine lebhafte Reizung vorhanden, die diese Bäder kontraindizirt, so sind sie immer sehr vortheilhaft, und haben die guten Wirkungen gewöhnlicher Wasserbäder, ohne deren Nachtheile zu haben, indem sie nicht so erschlaffend wirken, was bei Skrophulösen oft nachtheilig ist.

Ausser den eben genannten Mitteln benutzt Hr. S. gegen die Skrophelsucht noch drei, nämlich das Jod, das Nussbaumblätter-Extrakt und das Eisen. Das Jod lässt er in verschiedenen Formen nehmen, als weingeistige Tinktur, als einfaches Jodkalium, als Jodkalium mit Jod versetzt, als Jodeisen, bisweilen als Jodquecksilberoxydul, oder endlich im Leberthran. Immer, in welcher Form das Jod auch gegeben wird, muss es sehr lange Zeit gebraucht werden, und viele Jodpräparate haben so mancherlei Unbequemlichkeiten und Nachtheile, als dass sie in der Hospital- und Armenpraxis dauernd im Gebrauch bleiben könnten. Die Jodtinktur, das jodhaltige Jodkalium, das Jodeisen, verdirbt leicht, und ist schwer aufzubewahren; der Leberthran schmeckt zu widrig, das Jodquecksilberoxydul hat sich nicht besonders wirksam in der Skrophelsucht gezeigt; das Jodkalium in Auflösung, mit oder ohne Zusatz von Jod, ist das einzige Jodmittel, dessen Hr. S. sich noch jetzt bedient. Uebrigens erklärt er, dass er das Jod keinesweges für ein so ausgezeichnetes Mittel gegen die Skropheln halten kann, wofür es gewöhnlich ausgeschrieen wird; er gesteht, dass er sich freue, das Jod überall durch ein bequemeres, billigeres, leichter zu handhabendes und doch eben so wirksames Mittel ersetzen zu können. Dieses Mittel ist das *Extract. foliar. Juglandis regiae*; er giebt es jetzt tagtäg-

lich in Syrupsform; die Kinder nehmen diesen Syrup esslöffelweise ohne alle Beschwerde. In der Stadtpraxis giebt Hr. S. das Extrakt auch mit Schokolade verbunden. Unter dem Einflusse dieses Mittels vermehrt sich der Appetit, die Verdauung bessert sich, die Haut röthet sich, und die Kranken bekommen sehr bald ein besseres Aussehen.

Was das Eisen betrifft, so betrachtet Hr. S. es als ein vortreffliches Hülfsmittel in sehr vielen Fällen. Er giebt es bei schnell aufgeschossenen, chlorotischen, der Pubertät sich nähernden skrophulösen Subjekten; er benutzt ein leicht verdauliches Eisenpräparat, und lässt es immer kurz vor der Mahlzeit nehmen. (Im Ganzen ist in dem hier Mitgetheilten sehr wenig Neues für uns deutsche Aerzte; nur auf das Nussbaumblätter-Extrakt wird mehr aufmerksam gemacht. Ref.)

---

5. Ueber den Filhos'schen Aetzstift und dessen grossen Nutzen bei Drüsenabszessen und Drüsenfisteln.

Der Filhos'sche Aetzstift besteht aus trockenem Aetzkali und Aetzkalk, welche in Form eines Stiftes gebracht, und, da sie so ausserordentlich leicht Feuchtigkeit anziehen und dann zerfallen, mit einer dünnen Bleihülse umgeben sind. Ein solcher Stift wird dann, wenn er gebraucht werden soll, an einem Ende etwa um ½ bis ⅔ Linie vom Blei entblösst, welches so weit mit dem Messer zurückgelegt wird. Wenn der Stift gebraucht worden, so wird, soviel von ihm entblösst ist, weggeschabt, und das zurückgelegte Stückchen der Bleihülse wieder hinübergedrückt, um das untere Ende wieder zu bedecken.

Diese Stifte benutzt Hr. Sandras zu wiederholten Aetzungen gegen halb ausgeeiterte Drüsen, schlaffe und fungöse Skrophelgeschwüre, Fistelgänge u. s. w.; er findet diese Stifte theils wegen ihrer Solidität, theils weil man die Zeit, wie lange, und den Ort, wo man sie anwenden will, ganz in seiner Hand hat, sehr bequem; er lobt ihre gute kaustische Eigenschaft, die so schnell und energisch ist, dass Alles, was der Stift nur berührt, schnell zerstört wird. Nicht eine oberflächliche Modifikation, wie durch den Höllensteinstift, wird bewirkt, sondern eine wirkliche Verbrennung und Schorfbildung der betupften Theile; man kann diese Verbrennung vom leichtesten bis zum höchsten Grade steigern. Der Schmerz ist sehr gering; erst entsteht etwas Jucken, dann ein leichtes Brennen, das 15 Minuten dauert. Bald fährt man mit dem Stifte nur obenhin, bald lässt man ihn ½ Minute in Be-

rührung mit dem Theile, wenn man tiefer wirken will; gewöhnlich sind 8 — 12 Sekunden für eine mittelmässige Aetzung hinreichend. — Der Aetzschorf, der sich bildet, ist weich, grau oder schwärzlich, und löst sich am folgenden Tage los. Die Wunde ist eben so wenig entzündet als die Umgegend, und es folgt eine sehr schnelle Vernarbung. Kurz die Wirkungen sind ganz eben so, wie die der Wiener Aetzpaste.

Beginnt die Vernarbung, so lässt S. die Stelle mit einfacher Salbe verbinden, wozu er nach Umständen, wenn noch etwas Reizung nöthig ist, $\frac{1}{20}$ Jodquecksilberoxydul (Protejodür) oder $\frac{1}{10}$ Jodquecksilberoxyd (Deutejodür) setzt. Reicht dieses Mittel nicht aus, so wendet er den Aetzstift noch einmal an. — Auch gegen verhärtete Drüsen hat Hr. S. die Aetzung mit diesen Stiften zu seiner grossen Zufriedenheit angewendet. — Die Narben, welche zurückbleiben, sind leicht, flach, und er kann in der That die Filhos'schen Aetzstifte nicht genug empfehlen.

---

6. Auszug aus dem Berichte des Sekundararztes Dr. J. Th. Schidler über das Kaiserl. Findelhaus zu Wien vom Jahre 1844.

(Oesterr. Mediz. Jahrbücher, November 1845.)

Augenentzündungen der Neugebornen. Sie waren sehr häufig. Ausgezeichnet in den Monaten Januar und Februar durch geringe Intensität des entzündlichen, bei ermüdender Dauer des blennorrhoischen Stadiums, durch Erschlaffung der Bindehaut und dünnes Sekret, nahmen später einen rascheren, wenn auch milden Verlauf, und entfalteten sich dafür im Mai nicht selten zur zerstörenden Chemose. Im Juni kamen nur wenige Schleimflüsse vor, im Juli dagegen rasch auflockernde Entzündungen mit kurz anhaltender, sehr plastischer Exsudation. Im August und September gefährlich wegen der Hartnäckigkeit und verderblichen Wirkungen der konsekutiven Blennorrhoe, häufig mit Ikterus, Soor und tödtlichen Durchfällen sich komplizirend; erethistischer Natur im Monat November, nahmen sie gegen Ende des Jahres an Zahl und Intensität gleichmässig ab.

Die meisten Ophthalmieen wurden im zweiten, viele erst im dritten Stadium, und oft mit beginnender und theilweise schon vollendeter Zerstörung des Sehorgans überbracht. Nur 27 entwickelten sich im

Hause, in der Regel zwischen dem 3ten und 5ten Lebenstage, und am linken Auge zuerst. Sie beobachteten im Durchschnitte einen subkutanen Verlauf, d. h. sie waren in 2—3 Wochen beendigt; doch waren Ophthalmieen von 6—8wöchentlicher Dauer keine Seltenheit. Selten war nur ein Auge allein ergriffen, bisweilen folgte erst einige Zeit nach der Affektion des einen Auges die des anderen, und der eiterige Schleimausfluss, der auf die Entzündung folgte, richtete sich nicht immer nach Dauer und Intensität des zweiten Stadiums, obwohl bei sehr akutem Verlaufe der exsudativen Entzündungsperiode gewöhnlich eine um so raschere Schmelzung beobachtet wurde, je plastischer das gebildete Sekret sich zeigte. — Was die Ursachen der Ophthalmie der Neugeborenen betrifft, so ergab sich Folgendes: 1) Mütter mit scharfen und reichlichen Scheidenflüssen, ferner kachektische und dyskrasische Wöchnerinnen, hatten nicht mehr Einfluss auf die Erzeugung als gesunde Mütter; 2) auf 87 Neugeborene von syphilitischen Müttern kommt nur eine einzige sehr milde Ophthalmie; 3) dagegen übten schwere Geburt, der puerperale Genius und lokale Ueberfüllung, nicht aber Gewitter (wie Ammon behauptet) einen entschiedenen Einfluss auf die Entstehung der Ophthalmie aus. Ein flüchtiges Kontagium ist nicht zu erweisen, wohl aber durch Versuche ein fixes, welches wohl am abgesonderten Schleime, aber nicht am Eiter haftet. Durch grosse Verdünnung wird das Kontagium unwirksam gemacht, und Sch. hält deshalb die Uebertragung durch gemeinschaftliche Bäder für unwahrscheinlich. — Was die Behandlung betrifft, so that zwar die Kälte in Umschlägen von Wasser und Eis gegen den ersten Reizungszustand der Konjunktiva sehr gute Dienste, aber es verhütete nicht die Chemose, und nur den zeitigen Blutentziehungen ist hier zu verdanken gewesen, dass üble Folgen, wie Ektropien, Zerstörung der Hornhaut oder des Bulbus nicht folgten. Ein oder zwei Blutegel, einige Linien vom äusseren Augenwinkel angesetzt, mit gehörig langer Nachblutung, verändern den Anblick der hochrothen, glänzend gespaltenen und geschwollenen Augenlider meist in wenigen Stunden so vollständig, dass man ein ganz anderes Kind vor sich zu haben meint. Grosse Dosen Kalomel und Eisüberschläge leisten jetzt das Ihrige. Bleibende Veränderung des Auges, die sich von diesem Stadium her datirte, war eine Seltenheit; beunruhigender schien die Gefahr der Anätzung der Hornhaut während der Pyorrhoe, und weit schwieriger, diese auf wirksame Weise zu bekämpfen. Opium und Kupferpräparate verdienten als antierethische und tonisirende Mittel den Vorzug;

das rothe Präzipitat in Salbenform zeigte sich gegen trachomatöse Wucherungen besonders nützlich. Die erschlaffte und aufgelockerte Bindehaut wurde mit Opiumtinktur, schwefelsaurem Kupfer in konzentrirter Auflösung und Höllenstein in Substanz erfolgreich behandelt. Das *Extractum Ratanhiae* wirkte wie alle gerbestoffhaltigen Mittel hier eher schädlich als nützlich. War noch eine entzündliche Reizung zurückgeblieben, so wurden die kalten Umschläge immer noch fortgesetzt. Bei erethischer Beschaffenheit der Bindehaut fand man Kompressen in lauwarmes Wasser getaucht und dann aufs Auge gelegt sehr wirksam. Dabei wurden die Plummer'schen Pulver innerlich gegeben, und bei sehr hartnäckigen bösen Fällen der Sublimat. — Von 220 Fällen von Ophthalmie endigten 1 mit gänzlicher Zerstörung oder Atrophie des Bulbus, 7 mit Staphylom und 15 mit Narben oder Trübung der Hornhaut, wozu sich 6mal Synechie gesellte.

Die häufigsten Bronchialkatarrhe, durchschnittlich 10—14 Tage dauernd, kamen in den Monaten Februar, März, November und Dezember zum Vorschein, und waren zuletzt von nervösen Erscheinungen, Krupton, Verkeuchen und Livor des Gesichts begleitet, welche Erscheinungen zwischen langen Intermissionen, besonders des Nachts, die sonst wenig angegriffenen Kinder quälten. In 13 Fällen bei Kindern, über 4 Wochen alt, steigerten sich die Katarrhe zur Pneumonie, welche in eine lobuläre Pneumonie überging. Dabei Hitze des Kopfes, symptomatisches Erbrechen, katarrhöser Durchfall während des Eintritts der Entzündung. Blos drei davon endigten tödtlich; bei den Uebrigen ging die Lösung durch die diffusen Katarrhe schnell von Statten. Nur 14 Fälle von krupösen Lungenentzündungen wurden der Diagnose zugänglich.

Ungleich häufiger als diese Pneumonie wären kleinere zerstreute, pneumonische Herde, die sich während des Lebens durch kein positives Symptom verrathen, daher fast ausschliesslich nach dem Tode, und zwar an lebensschwachen Neugeborenen gefunden werden. Meist sassen sie in den unteren und hinteren Parthieen der Lungen, bisweilen auch in den unteren Lappen, und zwar vorzugsweise in der linken Lunge. Ihre Beziehung zur linken Pulmonarhälfte erschien um so auffallender, als auch beim Mitergriffensein der rechten Lunge der entzündliche Prozess nach Raum und Stadium hier nicht so ausgebreitet und vorgerückt erschien als dort. Die gewöhnlichen Zeichen der Pneumonie fehlten entweder oder sie bewiesen sich ungenügend und trügerisch. Schwächliche Konstitution, kühle trockene Haut, ge-

ringe Respirationsthätigkeit gaben besonders den Boden für diese Krankheit ab, obgleich diese Umstände gerade die Entwickelung der Pneumonie nicht begünstigen sollten. Der Husten, durchaus kein konstantes Symptom, war selten, kurz, bald trocken, bald locker; die Stimme war nur einmal heiser, fieberhafte Aufregung war selten länger als 48 Stunden zugegen. Bei beginnender Hepatisation langsamer oder unfühlbarer Puls; Extremitäten kalt, ödematös; Livor, Athmung sublim, öfters ungleich, meist retardirt; endlich blutiger Schleim vor dem Munde, und am 3ten — 7ten Tage der Tod. Man fand blutige Infarktus neben rother oder grauer Hepatisation, oder eitrige Zerfliessung; die verschiedenen Herde selten alle in gleichem Stadium ergriffen. Die Lösung erfolgte 2mal am 4ten, 1mal am 7ten Tage fast ohne Katarrh. Häufig wurde diese Pneumonie schon in der ersten Lebenswoche, einmal wurde sie angeboren beobachtet.

Atelektasis der Lungen ward nur 5mal an Kadavern bei Kindern, die vor ihrem 3ten Lebenstage gestorben waren, in Form hanfkorn- bis linsengrosser, sparsam zerstreuter, im Fötalzustande verharrender Lobuli gefunden. — Bronchiektasie wurde niemals als konzentrische, sonst an 6 meist nach chronischem Katarrh an Durchfall verstorbenen Säuglingen, und als wallnussgrosse, mit eiterähnlichem Schleim gefüllte Erweiterung in der rechten Lunge eines der Peritonitis erlegenen Kindes entdeckt. — Partielle Lungenerweichung fand sich 3mal, Lungenhyperämie dagegen niemals selbstständig, aber 3mal neben Peritonitis, 1mal neben Erysipelas und 1mal neben *Apoplexia intermeningea*. — Metastatische Eiterablagerungen in den Lungen 1mal nach Erysipelas mit Verjauchung der Kutis, 1mal nach eiterndem Thrombus, 1mal nach *Meningitis cerebro-spinalis*, das letzte Mal endlich ohne Spur von Entzündung oder Vereiterung irgend eines Organs an dem rasch nach der Geburt verstorbenen Kinde einer puerperalkranken Mutter. Brand der linken Lungenspitze, neben Pneumonie des rechten unteren Lappens, fand sich bei einem 2jährigen skorbutischen Findlinge. — Lungenstasen fanden sich neben Hyperämie der übrigen Organe häufig an Soorkranken, dagegen neben Oligämie nicht selten an Kindern, die an akuter Atrophie in Folge künstlicher Auffütterung zu Grunde gingen. — Eine sehr häufige Erscheinung, und entweder Begleiter allgemeiner Blutarmuth oder des Emphysems und der Pneumonie, war die Anämie der Lungen. Charakteristisch bei einem nach profuser Exsudation in die Haut an Rothlauf verstorbenen Kinde, gab sie sich durch unaufhörlichen kurzen

trockenen Husten mit verschärftem Respirationsgeräusch und sehr beschleunigtem Athmen zu erkennen. Das Emphysem, in den bei weitem häufigsten Fällen vesikulär, war konstanter Leichenbefund nach der Art von akuter Tabes, wo der grosse Reichthum an schwer beweglichem, an dunklem, theerartigem Blute in den übrigen Organen sich durch kyanotische Färbung der Haut schon vor dem Eintritte der Athmungsnoth bemerklich machte.

Stomatitis kam in den verschiedenen 3 Arten, nämlich als erythemathöse, ulzeröse und exsudative, seltener getrennt als vereinigt vor. Mit ersterer Art wurde die katarrhalische sowohl als die typhöse Diarrhoe eingeleitet; sie kamen auch sonst im Verlaufe entzündlicher Leiden vor; die zweite, in Gesellschaft des Soors von Valleix nur an der Mittellinie des Gaumens bemerkte Spezies ward charakteristisch nach Sitz und Form an den beiden hinteren Gaumenwinkeln, bald primär, bald bei spezifischem Durchfall und Tabes, ohne gleichzeitiges Vorhandensein aphthöser Pseudomembranen gefunden.

Von einfacher Erweichung der weiss, grau oder gelb entfärbten Mukosa zum seichten, reinen, rothgeränderten Geschwüre sich heranbildend, zerstörte sie das Periosteum, und nekrotisirte selbst den Knochen.

Konstitutioneller Soor kam bei Neugeborenen in Folge ihrer natürlichen Ernährungsweise nur selten vor; das begleitende Erythem sammt den Fersengeschwüren war eine sehr häufige, aber durchaus keinem bestimmten Stadium des Soors, noch diesem überhaupt nothwendig zukommende Erscheinung. Durch Hypertrophie des Epitheliums bedingt, das ursprünglich auf den Papillen fest anhängende Körner bildet und an den Lippen durch vesikuläres Farbenspiel täuscht, lässt der Soor, freiwillig abgestossen, wohl eine feine hochrothe Oberhaut, aber durchaus keine Erosionen zurück, welche man jedoch durch frühzeitiges Lostrennen wohl künstlich zu erzeugen im Stande ist; der rasche Nachschub freier Epithelialzellen verschmilzt mit gleichzeitig ausgeschwitztem zähen Schleime zu jenen Pseudomembranen, worin sich die bekannten Konferven bilden. Die Entstehung letzterer fällt häufig in eine sehr späte Epoche des Soors und kann wohl gänzlich fehlen; so konnte der Verf. in dem 3½ Linien dicken Beleg der Alveolarränder weder Sporen noch Pilze kurz vor dem Tode entdecken. Nicht selten findet man sie erst in der Leiche. Durch das Saugen an gemeinsamer Brust ist wohl zu Wiedererzeugung der Mikrophyten, aber keineswegs zur Mittheilung des Soors selber, als einer nicht ansteckenden

Krankheit, Gelegenheit geboten. Die lokale Behandlung mittelst chemisch oder mechanisch wirkender Purifikantien hatte für uns nur beschränkten Werth; wir suchten durch ölig-schleimige Mittel oder durch tonisch-reizende den örtlichen wider den allgemeinen Indikationen zu genügen.

Die intertriginösen Formen bewirken durch ihr Vorkommen auf der Grenze der Kutis und der Schleimhäute und durch ihr Ueberspringen auf Lippen und Kinn, und von da auf Mund und Gaumenschleimhaut leichtblutende, nicht immer ganz reine Geschwüre; solche Fälle werden, wie es wirklich geschah, leicht für Syphilis gehalten. — Magenerweichung kam 6 mal vor.

(Schluss im folgenden Hefte.)

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

Medico-chirurgical Society in London.

Ueber die Pathologie der Bright'schen Nierenkrankheit und über die Beziehung dieser Krankheit zu den Affektionen der Leber, des Herzens und der grossen Gefässe, womit sie häufig verbunden ist; ein Vortrag von Georg Johnson, M. D., am King's-College in London.

Die Gesellschaft eröffnete in diesem Semester ihre Sitzungen am 11. November 1845. Gleich die erste Zusammenkunft war sehr zahlreich und durch die an vorgenannten Vortrag geknüpfte Debatte sehr belebt, zumal da Dr. Bright, welcher die Krankheit zuerst genau dargestellt hat und nach dem sie genannt worden ist, selber daran Theil nahm. Die Krankheit wird zwar meistens bei Erwachsenen beobachtet, aber sie kommt auch im kindlichen Alter gar nicht selten vor; Eiweiss im Urine, das Hauptzeichen der Bright'schen Krankheit bei Lebenden, trifft man bei Hydrops nach Scharlach fast immer an, und es ist der Streit sehr lebhaft gewesen, ob Eiweiss im Urin immer eine granulirte Beschaffenheit der Nierensubstanz ankündige, und ob diese Beschaffenheit erst eine Folge oder das bedingende Moment der Eiweissabsonderung sei. Für Ersteres haben Diejenigen sich entschieden, welche im Urine der nach Scharlach hydrophisch gewordenen Kin-

der Eiweiss angetroffen und dennoch Heilung eintreten gesehen haben. Wäre Degeneration der Niere das Primäre der Eiweissabsonderung, so würde, schlossen sie, Heilung nicht haben erfolgen können. In den Fällen, wo Kinder an eiweisshaltigem Urine, Hydrops und zugleich an Affektionen der Leber, des Herzens oder der grossen Gefässe leidend gestorben sind, fand sich allerdings jedesmal die von Bright beschriebene Granulation der Nieren. Es ist hier noch Vieles dunkel, zumal der Zusammenhang der zuletzt genannten Affektionen mit der eben erwähnten Granuleszenz und dem mit dem Urine abgehenden Eiweisse. Unsere Leser werden es uns daher Dank wissen, wenn wir ihnen hier den vorgedachten Vortrag in vollständigem Auszuge nebst der daran geknüpften Diskussion mittheilen.

Hr. Johnson begann seinen Vortrag mit dem Satze, dass die eigentliche Natur der Bright'schen Krankheit in einem krankhaften Zustande der sezernirenden oder Epithelialzellen, welche die Harntubuli auskleiden, bestehe. Zu diesem Schlusse, sagte er, sei er in der ersten Woche des Monats Juli 1845 gekommen; er habe seine darauf bezüglichen Präparate den Professoren Todd und Partridge vorgelegt, und einen Aufsatz darüber einem der Sekretäre der Gesellschaft in die Hände gegeben. Er ging nun in mehrere Einzelnheiten dieses seines Aufsatzes ein.

Er zeigte zuvörderst, dass die Sekretions- oder Epithelialzellen immer, auch im normalen Zustande, eine geringe Menge Oel in Kügelchenform, wie sie deutlich unter dem Mikroskop wahrgenommen werden, enthalten. Die Gegenwart dieser Oelkügelchen in den Nieren ist konstant, aber ihre Quantität varürt beträchtlich nach dem Gesundheitszustande des Individuums. — Das Wesen oder das Primäre der Bright'schen Krankheit besteht, dem Autor zufolge, in einer Steigerung oder übermässigen Menge von Fett in den Epithelialzellen der Nierentubuli, oder mit anderen Worten in einer fettartigen Degeneration der Niere, analog der ähnlichen Degeneration der Leber, so dass man, wie man von Fettleber spricht, auch Fettniere sagen müsste, welches die richtige Benennung für die Bright'sche Krankheit wäre. Diese Anhäufung von Fett in den Sekretionszellen führt natürlich zu Anschwellung und Erweiterung der Tubuli, die von ihnen ausgekleidet sind, und einer oder mehr solcher sich windender Tubuli stellen, indem sie entweder auf der Oberfläche der Niere oder auf einer Schnittfläche derselben hervorragen, das dar, was „Bright'sche Granulationen" genannt worden ist. Was die Mal-

pighi'schen Körperchen betrifft, so enthielten einige kein Fett, während andere von Fett strotzende Zellen enthielten; aber niemals konnte Hr. J. in diesen Körperchen eine so grosse Anhäufung finden, dass deren Druck auf die Malpighi'schen Gefässplexus zerstörend gewirkt hätte. Die häufige Verbindung von albuminösem und blutigem Urine mit der Bright'schen Nierenentartung und Nierenatrophie schreibt Hr. J. der mechanischen Einwirkung der eben beschriebenen Fettanhäufungen zu. Nach einer Hinweisung auf den Blutgefässapparat der Nieren und der Blutzirkulation in ihnen entwickelt er speziell die Gründe, weshalb er sich für berechtigt hält, das Albumen und Blut im Urine nur als ein sekundäres, von den eben genannten krankhaften Veränderungen abhängiges Phänomen zu betrachten.

Betreffend die in dieser Krankheit so häufig vorkommende Atrophie der Niere verglich Hr. J. die wohlbekannte Eigenthümlichkeit des Gefässapparats dieses Organs mit der bedeutend verschiedenen Anordnung der Gefässe und Sekretionszellen der Leber, eines Organs, das verhältnissmässig nur wenig von einer ähnlichen Fettanhäufung in den Zellen zu leiden scheint. Was die Stadien der Krankheit betrifft, so bemerkte Hr. J., dass er keinen Grund habe anzunehmen, dass eine Kongestion oder Turgeszenz der von ihm beschriebenen krankhaften Fettanhäufung nothwendigerweise vorausgehen müssen. Die verschiedenen Formen, von denen so viel gesagt und geschrieben worden, hängen, seiner Ansicht nach, grösstentheils, wenn nicht ganz und gar von der Schnelligkeit ab, womit die Krankheit vorschreitet. In Fällen von langer Dauer findet man die Drüse gewöhnlich klein, zusammengezogen und gekörnt; verlief die Krankheit aber schnell, so ist die Niere gross, glatt und gefleckt. — Dann verbreitete sich Hr. J. weitläufig über das häufige Zusammentreffen zwischen der hier in Rede stehenden Krankheit und einer ähnlichen fettigen Degeneration der Leber, der Arterien und der Herzklappen, und aus allem Mitgetheilten zieht er den sehr praktischen Schluss, dass diese Fettentartungen, welche man so oft verbunden findet, konstitutionellen Ursprungs sind, und weder als Lokalkrankheiten behandelt noch betrachtet werden dürfen. Er verwirft die Annahme, dass die Bright'sche Krankheit irgend eine spezifische Verbindung mit dem Scharlach habe, und eben so glaubt er nicht an die angebliche Beziehung der genannten Krankheit zur akuten entzündlichen Wassersucht.

Die Ursachen der Krankheit sind nach dem Verf. alle diejenigen, welche Schwäche bewirken; in grossen Städten ist die Krankheit häufig

und meist tödtlich, auf dem Lande ist sie verhältnissmässig selten. Durch Hrn. Simon am King's-College ist die Krankheit bei niederen Thieren dadurch hervorgerufen worden, dass er sie fortwährend deprimirenden Einflüssen aussetzte.

In Bezug auf die mikroskopischen Charaktere des Urins in dieser Krankheit bemerkt der Autor: 1) dass die zylindrischen Körper, welche F. Simon beschrieben hat, nichts weiter sind, als fibrinöse Hülsen, oder gleichsam fibrinöse Abgüsse der Röhrchen, welche häufig Blutscheibchen, Oelkügelchen, oder Epithelialzellen, die mit Fett gefüllt sind, in sich enthalten; 2) dass die Gegenwart von vielem Fett im Urine ein sehr beunruhigendes Symptom ist. In einem vorgerückten Stadium der Krankheit ist Fett selten in sehr reichem Maasse vorhanden; aber sowohl aus Versuchen an niederen Thieren als auch aus Beobachtungen an Menschen scheint hervorzugehen, dass in vielen Fällen von chronischem Kränkeln während mancher Zeit, in der man dem Urin gerade keine besondere Aufmerksamkeit zuwendet, mit diesem eine so grosse Menge Fett abgehen mag, wie es nur das erste Stadium der Bright'schen Krankheit darzubieten pflegt.

In Bezug auf die Behandlung bemerkt der Verf., dass die Hauptindikationen folgende sind: 1) das Beharren bei einem allgemeinen *tonischen* Verhalten, was Diät, reine Luft, Körperbewegung und Arzenei betrifft; 2) das sorgfältige Vermeiden aller erschöpfenden Mittel; 3) das Verbieten von fettigen und anderen Nahrungsstoffen, welche sehr kohlenstoffig sind, und endlich 4) eine Minderung der Turgeszenz der Niere durch strenge Aufmerksamkeit auf die Funktionen der Haut und des Darmkanals, und durch solche kleine Blutentziehungen, wie die Umstände sie bisweilen nöthig machen können.

Nach diesem Vortrage des Dr. Johnson erhob sich Dr. Todd und bemerkte, dass er die Präparate und die Experimente, die eben erwähnt worden sind, genau kennen gelernt habe, und dass er für die Richtigkeit und Genauigkeit derselben vollständig Zeugniss ablegen könne. Er gestehe, dass die mitgetheilten Untersuchungen auch bei ihm das grösste Interesse erregt hätten, zumal da sie auf so lichte Weise dargestellt sind. Es ist der Werth dieser Arbeit nicht blos in der vermehrten Erkenntniss und in der Beleuchtung des Wesens der Bright-schen Krankheit zu suchen, sondern auch darin, dass die Behandlung von einem entziehenden Verfahren gerade nach der entgegengesetzten Seite hin gerichtet wird, denn wir haben nun nicht mehr die Krankheit in einer entzündlichen Gefässüberfüllung der Nieren zu suchen,

sondern in den Epithelialzellen, welche gleichsam in krankhafte fettabsondernde Organe umgewandelt sind. Die Bright'sche Nierenkrankheit, oder, wie sie jetzt nach Dr. Johnson genannt werden müsste, die Fettentartung dieses Organs, zeigt drei Stadien. Im ersten Stadium sieht man die Niere selber noch nicht deutlich erkrankt, sondern es ist ein krankhafter Assimilationsprozess vorhanden, der einen abnormen Zustand des Bluts zur Folge hat; dieses Stadium hat keine Zeichen, durch welche es erkannt werden kann. Im zweiten Stadium ist die Attraktion, welche zwischen der Nierensubstanz und den Elementen des Blutes existirt, beeinträchtigt, und das Fett, welches im gesunden Zustande in geringer Menge abgesondert wird, wird nun in grösserem Maasse nach den Nieren hingezogen und in den Epithelialzellen derselben abgelagert. Die Anhäufung dieses Fetts daselbst führt zum dritten Stadium, welches bisher allein die Aufmerksamkeit der Autoren gefesselt und in dem durch den Druck der überfüllten Zellen auf die Blutgefässe in den Malpighi'schen Plexus oder Glomeruli Kongestion bewirke, bisweilen Zerreissung in denselben und dadurch Blutung veranlasse. Dieses Stadium ist es, in welchem das Eiweiss im Urin und die anderen Symptome angetroffen werden, welche Dr. Bright so schön und so klar auseinandergesetzt hat. Es ist noch ein Punkt in dieser Krankheit von Wichtigkeit, den Dr. Johnson nur obenhin berührt hat, nämlich die Beziehung dieser Krankheit zu den Skropheln. Viele Praktiker sind geneigt, die Bright'sche Krankheit in einer gewissen Beziehung zur Skrophelsucht und besonders zur Tuberkelsucht sich zu denken, und dieser gemuthmaasste Konnex wird durch die Untersuchung des Dr. Johnson in gewissem Grade bestätigt, besonders durch die Art und Weise, wie der Eiweissabfluss im Urin bei Thieren künstlich hervorgerufen worden ist.

Hr. Bright: Er müsse gestehen, dass selten eine Abhandlung ihm eine so innige Genugthuung gewährt habe; er halte dieselbe für eine der interessantesten, die je in der Gesellschaft vorgetragen worden. Zwar sei er nicht in den Stand gesetzt worden, die Richtigkeit der Angaben des Verf. bestätigen zu können, allein sie haben vollkommen das Gepräge der Wahrheit, und schon die Sorgfalt, mit welcher die vorliegenden Präparate gemacht worden sind, bezeuge diese Wahrheit. Wenn nun noch spätere Beobachtungen das vom Verf. Mitgetheilte bestätigten, so sei eine ungeheure Lücke ausgefüllt, die bis jetzt diese eigenthümliche Krankheit noch dargeboten hat, und welche offenbar zu einer rationelleren Behandlung führen müsse.

Hr. Copland: Er fühle sich überzeugt, dass bei Allen die erwähnte Abhandlung das grösste Interesse erregt haben müsse. Dasjenige, was darin gelehrt worden ist, sei ihm vollkommen neu und habe ihn wirklich überrascht; er müsse jedoch über einzelne Punkte in dem Vortrage noch einige Bemerkungen machen. Der Verf. hat die Meinung ausgesprochen, dass die Krankheit in einer schlechten Beschaffenheit des Bluts, durch eine unrichtige Thätigkeit der Verdauungsorgane hervorgerufen, entspringe; es sei dieses nichts Neues; schon vor mehreren Jahren habe er die Bright'sche Krankheit ursprünglich für eine Krankheit des Blutes gehalten, eben so wie den *Diabetes mellitus*. Was die Anwesenheit von Fett in den Epithelialzellen der Nieren betreffe, so scheint bis jetzt noch kein anderer Beweis dafür vorhanden zu sein, als die Resultate der von Dr. Johnson angestellten mikroskopischen Untersuchungen. Vor einer genauen chemischen Untersuchung könne er aber die Gegenwart des Fettes, das bisher als Albumen betrachtet worden, nicht als bestätigt erachten. Angenommen aber, es sei wahr, dass die Krankheit in einer abnormen Fettablagerung in der Niere ihren eigentlichen Grund habe, wie sei dann dieses mit einer so übermässigen Menge von Albumen im Urine, und mit dem Fehlen der Salze im Urine, die aber im Blute vorhanden sind, in Einklang zu bringen? Es fehlen also immer noch sehr viele Glieder in der Kette der Erscheinungen, um die Pathogenesis der Bright'schen Krankheit ganz klar vor Augen zu haben. Der von Dr. Johnson angegebenen Behandlung stimme er vollkommen bei; sie sei aber die vieler anderen Autoren.

Hr. Snow: Er könne, sagt er, die Thatsache, dass in den letzteren Stadien der Bright'schen Krankheit das Albumen im Urin an Menge abnehme oder ganz verschwinde, nicht mit der Angabe vereinigen, dass die Anhäufung von Fett in den kleinen Tubuli der Nieren einen Druck auf die kleinen Gefässplexus ausübe, und dass dieser mechanische Druck die Ursache des Ergusses von Albumen sei. Immer, wenn sehr viel Albumen während der vorgerückten Stadien der Krankheit im Urine sich zeigt, ist eine eingetretene akute Affektion die Ursache. In einem sehr akuten Falle von Hydrops nach Scharlach fand sich unmässig viel Albumen im Urine, und Dr. Christison und Dr. Bright haben ähnliche Fälle erlebt, wo nach Scharlach bedeutend viel Albumen im Urine sich zeigte. Was die von Dr. Johnson angegebene Behandlung betreffe, so glaube er, dass, wenn der Kranke alle Stoffe zu vermeiden habe, die Fett, Mehl oder Zucker enthalten.

oder mit anderen Worten, die reich an Kohlenstoff sind, er stickstoffige Dinge, wie Albumen und Fibrin, zu nehmen gezwungen sein würde, die ihn dann in sekundäre Krankheiten, Entzündungen, Koma, Konvulsionen u. s. w., versetzen würden, weil die Nieren die stickstoffigen Produkte und Edukte nicht zu eliminiren vermögen.

Hr. Budd bemerkte hierauf, dass über die Angaben des Dr. Johnson und über die daraus gezogenen praktischen Schlüsse erst die Erfahrung aburtheilen könne; er habe in verschiedenen Fällen von sogenannter Albuminurie im Hospitale des King's-College die von Dr. Johnson angegebenen Regeln befolgt, d. h. er habe alle Nahrungsstoffe, die Fett, Stärkemehl und Zucker enthalten, streng untersagt, dagegen Jodine und Jodkalium innerlich gegeben. Noch könne er freilich nichts Zuverlässiges über den Erfolg sagen, obwohl bis dahin die Kranken sich etwas zu bessern schienen. Er halte den Werth der Untersuchungen des Dr. Johnson sehr hoch, da sie wirklich ausserordentlich viel Licht über die Krankheit verbreiten. Sie realisiren das, was Dr. Prout mit seltenem Scharfsinne vermuthet hat. Die Frage bleibe indessen immer noch, woher das Fett in den Epithelialzellen, wenn solches wirklich darin abgelagert worden, komme? In Bezug auf die sogenannten Fettlebern Phthisischer habe man in der mangelhaften Oxygenisation des Blutes bei seinem Durchgange durch die kranken Lungen eine Erklärung zu finden geglaubt, indessen habe sich diese Erklärung nicht haltbar erwiesen. Die höchst sonderbare Ablagerung von Fett in einzelnen, besonderen Organen komme in allen mit beträchtlichem Fieber und schneller Abmagerung verbundenen Krankheiten vor, und er (Dr. Budd) halte es nicht für eine Ablagerung von frischgebildetem Fette, sondern für eine Wiederablagerung von solchem Fett, welches anderswo am Körper gesessen hatte, und absorbirt worden war. — Hr. Budd erinnert an die Strassburger Gänselebern, die nichts weiter sind, als solche kranke Fettlebern, und die dadurch erzeugt werden, dass man die Gänse in einem beständigen Fieber erhält, und er glaube diese seine Theorie auch darin bestätigt zu finden, dass die meisten der an der Bright'schen Krankheit leidenden Personen früher sehr fett waren und dann plötzlich abmagerten.

(Schluss im folgenden Hefte.)

Brief des Hrn. Marotte, Arzt des Zentralbüreaus in Paris, über die Ernährung der bei der Entwöhnung von Diarrhoe befallenen Kinder, und besonders über das Verfahren des Hrn. Weisse in Petersburg, den Kindern rohes geschabtes Fleisch zu geben.

[Unsere Leser werden sich des hübschen kleinen Aufsatzes erinnern, welchen über den vorbenannten Gegenstand Hr. Staatsrath Weisse in Petersburg unserem Journal überschickt hat (s. dieses Journal Bd. IV, Heft 2, 1845). Das dort angegebene Verfahren hat überall Aufsehen erregt, und ist aus unserem Journale in viele andere medizinische Zeitschriften, besonders in französische, übergegangen. Das treffliche *Journal de Médecine* von Trousseau enthielt ebenfalls das Wesentliche aus dem genannten Aufsatze; wir finden nun im Oktoberhefte dieses Journals ein an Hrn. Trousseau gerichtetes Schreiben über das Weisse'sche Verfahren, und wir säumen nicht, dieses Schreiben, da es von einem tüchtigen erfahrenen Arzte kömmt, hier wörtlich zu übertragen.]

„Mein Herr! In der Augustnummer Ihres Journals gaben Sie einen Auszug aus einem im Berl. Journal für Kinderkrankheiten befindlichen Aufsatze des Hrn. Weisse, dirigirenden Arztes des Kinderhospitals in Petersburg: „„über die Diarrhoe der eben entwöhnten Kinder und über die Behandlung derselben durch Darreichung rohen Fleisches"". Ich werde mich dabei nicht aufhalten, die Gründe aufzusuchen, die den eben genannten Arzt bewogen haben, rohes Fleisch gekochtem, und besonders einer kräftigen Rinderbrühe oder einem wirklichen Fleischextrakte vorzuziehen, da diese Substanzen hinlänglich mit animalischen ernährenden Stoffen versehen und durch ihre flüssige Form für die Verdauungsorgane der Kinder besser geeignet zu sein scheinen. Indessen ist das Resultat, welches Hr. Weisse aus seinen Beobachtungen erlangt hat, so bedeutend, dass es wohl Aufmerksamkeit erregen muss, um so mehr, da es mit den Ideen, welche man gewöhnlich über das Regimen der Kinder hegt, und besonders mit dem in Paris allgemein üblichen Verfahren im Widerspruche steht. Während man allgemein in den Diarrhoeen eben entwöhnter Kinder durchaus alle kräftige thierische Nahrung kontraindizirt glaubt, zeigt Hr. Weisse gerade umgekehrt, dass kräftige animalische Substanzen hier sogar ein Heilmittel sind. Haben wir aber dem Petersburger Arzte zu verda-

ken, dass er uns Thatsachen mitgetheilt hat, die uns auf diesen Gegenstand aufmerksam gemacht haben, so haben wir es andererseits zu bedauern, dass er nicht die durch sein Verfahren erlangten Erfolge sich zu erklären gesucht hat; denn ohne zu Hypothesen seine Zuflucht nehmen zu müssen, würde er die Analogie, ich will nicht sagen, die Identität erkannt haben, welche zwischen den Zufällen herrscht, die er bei Kindern gleich nach dem Entwöhnen beobachtet hat, und denen, die bei manchen noch säugenden und scheinbar in ganz anderen Verhältnissen sich befindenden Kindern sich zeigen; diese Analogie der verschiedenen Wahrnehmungen, die sich einander erklärt haben würden, würde Hrn. Weisse dahin gebracht haben, sein Verfahren zur Theorie zu erheben. Ich will versuchen, diese Lücke auszufüllen."

„Alle Tage sieht man Kinder dahinsinken, Tage und Nächte ohne Schlaf zubringen, an Diarrhoe und Erbrechen leiden, obgleich sie von einer Mutter oder einer Amme genährt werden, deren Brüste Milch in vollem Maasse gewähren; aber schon eine einfache Untersuchung ergiebt, dass diese Milch wässerig ist und zu wenig animalische nährende Stoffe enthält, um dem in diesem Alter so gebieterischen Prozesse des Wiederersatzes und des Wachsens hinlängliches Material zu liefern. Verkennt der Arzt die Quelle dieser Zufälle, wie es leider sehr häufig der Fall, hält er das Uebel für eine Gastroenteritis, setzt er das Kind auf eine noch magrere Kost, so steigern sich Abmagerung, Diarrhoe und Erbrechen, und der kleine Kranke stirbt, nachdem er zuweilen noch Aphthen und geschwürige Erytheme bekommen hatte. Milde Tränke, Bäder, Kataplasmen, Opiate sind dann unwirksam, wenn nicht schädlich, während kaum etwas Anderes nöthig ist, als dem Kinde eine Amme zu geben, deren Milch nicht nur in vollem Maasse vorhanden, sondern auch animalisch reich ist, damit das Geschrei, die Schlaflosigkeit, die Diarrhoe und die Abmagerung aufhöre, welche das Kind herabsetzen und oft die Mutter zur Verzweiflung bringen."

„Der Mangel an hinreichend thierischer Nahrung ist, wie gesagt, die Ursache aller dieser Zufälle, und es wird dieses so deutlich, dass in mehreren Fällen, wo Seitens der Mutter durchaus nicht darein gewilligt wurde, das Säugen aufzugeben und das Kind einer guten Amme anzuvertrauen, der Säugling dennoch seine Gesundheit wieder bekam, an Kraft und Fülle zunahm, wenn die Mutter wenigstens dahin vermocht wurde, neben der Darreichung ihrer eigenen serösen Milch, dem

Kinde gute Kuhmilch mit etwas Rindfleischbrühe zu geben. Bisweilen veranlassten mich die dadurch gewonnenen guten Resultate, die Brühe rein und kräftig zu geben, und ich kann wohl sagen, dass ich hiervon mehr Nutzen gesehen habe, als von der Darreichung verdünnter Kuhmilch oder Abkochungen von Gries oder anderen mehligen Substanzen, welche letzteren Dinge ich im Anfange meiner Praxis zu verordnen gewöhnt war."

„Diese gemischte Kost, wobei ich die Kinder habe schön gedeihen sehen, diese Kost, der ich allerdings unter Umständen das Säugen von einer guten Amme vorziehe, hat den doppelten Nutzen, manche Kinder vor den Uebelständen des sogenannten Päppelns, welches in den ersten Monaten des Lebens selten von Vortheil ist, zu schützen, und dann die Gesundheit der Mutter zu erhalten, welche ohne Nachtheil einer so kräftigen Säfteentziehung, welche das Kind verlangt, sich nicht unterziehen kann. Ein sehr auffallendes Beispiel dieser Art bot mir eine Dame dar, die, 32 Jahre alt, gross gewachsen war, aber rothe Haare, eine sehr zarte Haut, etwas entzündete Augenlider und schlechte Zähne hatte, mit einem Worte, eine Dame von sehr lymphatischer Konstitution, welche es ganz wider meinen Willen unternahm, ihre eben geborene kräftige Tochter selber zu säugen. Sie hatte Milch im Ueberfluss, genoss kräftige Nahrung, und während der ersten 10 bis 12 Tage schien Alles so vortrefflich zu gehen, dass man meine Befürchtungen für grundlos hielt; allein bald wollte das Kind nicht mehr einschlafen, wenn es die Brust genommen hatte, fing an abzumagern und Durchfall zu bekommen, obwohl es mit Begier zu saugen fortfuhr. Beiläufig gesagt, scheint mir gerade diese Saugbegier der Kinder, welche bei allem Erbrechen und bei aller Diarrhoe fortbesteht, ein wichtiges diagnostisches Zeichen zu sein, da bei einer wirklichen Gastrointestinalentzündung dieser Appetit nicht so vollkommen vorhanden sein kann. Nach Verlauf einer Woche hatten sich, ungeachtet der Anwendungen von Kataplasmen und von Klystieren von Stärkemehl und von Mohnkopfabkochung, die Zufälle bedeutend verschlimmert; bald traten Zeichen von Kachexie hinzu; ein Abszess bildete sich in der Leistenbeule, mehrere Finger wurden angeschwollen, die Haut zwischen den Hinterbacken wurde geröthet, und es bildete sich, der grössten Reinlichkeit ungeachtet, daselbst eine aphthöse Exkoriation. Ich schrieb ohne Bedenken alle diese Zufälle der zu serösen Milch der Mutter zu, obgleich sie diese Milch im Ueberflusse hatte, und ich suchte die Eltern auch davon zu überzeugen. Da mich viele früheren Erfahrungen

überzeugt hatten, dass in solchen Fällen reine Kuhmilch, mit etwas Gries oder anderen mehligen Substanzen versetzt, nicht hinreiche, so liess ich zur Kuhmilch einen guten Theil kräftiger Brühe zusetzen, weil mir hier eine sehr animalische Kost, als die Mutter von schwacher Konstitution und der Vater gross und mager war, und in seiner Familie mehrere Lungensüchtige gehabt hat, am wirksamsten erschien. Die kräftige Kost zeigte sich auch bei dem Kinde von vortrefflicher Wirkung; es wurde nicht nur gesund und bekam Schlaf und Kräfte, sondern durchlief auch alle Phasen der Dentition ohne weiteren Zufall, und ist jetzt ein sehr schön entwickeltes Mädchen."

„In dem eben mitgetheilten Falle ist die Verkettung von Ursache und Wirkung so klar, dass man sie nicht verkennen kann; einerseits erlangt der Verdauungskanal, welcher nur mit einer Nahrung in Berührung kommt, die ihn zu kräftiger Thätigkeit wenig anzuregen vermochte, nach und nach diejenige nervöse Empfindlichkeit, dass er zuletzt fast nichts mehr ertragen kann, sondern Alles bald auswirft, — ungefähr eben so wie es bei sehr nervösen Frauen der Fall ist, welche Milch und einfaches Gummiwasser ausbrechen, aber ein in Wein getunktes Kotelett recht gut bei sich behalten. Andererseits bewirkt der Mangel von gehörigem Zuschusse zum Blute Hinfälligkeit, Abmagerung und einen fast kachektischen Zustand, aus dem eine Tendenz zur Erweichung verschiedener Texturen entspringt, welche Erweichung man mit Unrecht einer Entzündung zuschreibt, sondern sie vielmehr mit der Erweichung der Hornhaut bei Hunden, die man vor Hunger umkommen lässt, vergleichen muss. Findet man nach dem Tode oder auch schon während des Lebens wirklich Spuren von Entzündung, so sind sie nur hinzugekommen, etwa in der letzten Zeit des Lebens eingetreten und auch selbst die Folge der Kachexie. Der Erfolg der Behandlung bestätigt diese Ansicht; denn es würde sonst unmöglich sein, zu erklären, wie eine entzündliche Gastro-Intestinalaffektion bei reichlicher, stickstoffhaltiger Kost heilen könne, während die guten Wirkungen dieser Ernährungsweise sich leicht begreifen lassen, wenn man eine Ueberreizbarkeit in Folge mangelnden Reizes, und eine Tendenz der Texturen zur Erweichung in Folge der Inanition zugiebt."

„Gewiss werden Sie mich fragen, was denn das Ebengesagte mit den von Hrn. Weisse bekannt gemachten Thatsachen zu thun hat? Ich will es gleich zeigen. Die in vielen Hospitälern und Gegenden übliche Darreichung von verdünnter Kuhmilch mit Gries, Mehl oder geriebenem Weissbrodte, womit man eben entwöhnte Kinder füttert,

bringt diese in dasselbe Verhältniss, worin sich Säuglinge befinden, deren Amme oder Mutter nur eine seröse, thierisch arme Milch bildet. Solche thierisch arme Nahrung regt die Verdauungsorgane nicht genugsam an, oder ermüdet den Magen durch ihre Masse, veranlasst unaufhörliche Indigestionen, Erbrechen, Durchfall, und ihre übele Wirkung tritt um so deutlicher hervor, je plötzlicher das Entwöhnen eintritt, und je weniger Zeit den Organen gelassen worden ist, an eine neue Nahrung sich zu gewöhnen. Macht man mir den Einwurf, dass die Chemie ein weit grösseres Quantum von Nahrungsstoff in der Kuhmilch als in der Frauenmilch nachgewiesen hat, so antworte ich darauf, dass die Chemie noch weit davon entfernt ist, ihr letztes Wort über die Zusammensetzung organischer Stoffe sagen zu können, und dass die von ihr in den beiden Milcharten nachgewiesenen Verschiedenheiten noch nicht berechtigen, so zuverlässige Schlüsse in Bezug auf die Nahrhaftigkeit und fernere physiologische Wirkung zu ziehen. Gute reiche Frauenmilch ist der besten Milch der Herbivoren vorzuziehen; wenigstens erweisen die guten Wirkungen der ersteren, dass sie animalisirter (animalisch-reicher) ist als letztere."

„Mit Desormeaux muss man demnach annehmen: 1) dass die Kinder eine thierisch-reichere Nahrung nöthig haben, als man gewöhnlich annimmt; 2) dass die Gastro-Intestinalzufälle, die bei Kindern so häufig eintreten, vielleicht eben so oft die Folge einer nicht zulänglichen oder thierisch zu armen Ernährung sind, als einer Entzündung; 3) dass der Rath, die schon animalisch-ärmere Milch den Herbivoren nicht noch erst durch Wasser oder Zusatz von vegetabilischen Dingen (Mehl, Gries u. dergl.) zu verdünnen, auf Erfahrung gegründet ist; und 4) dass in allen Fällen, wo man die Schwäche der Mutter- oder Ammenmilch durch eine andere Nahrung ersetzen will, Hühnerbrühe oder andere Fleischbrühe, in gehöriger Form und gehörigem Maasse allein oder mit Milch verbunden gegeben werden muss."

„Dieses sind, mein Herr, die Bemerkungen, welche ich glaubte machen zu müssen; sie werden allerdings noch längerer Zeit und einer grösseren Menge von Beobachtungen bedürfen, um ihre volle Reife zu erlangen."

„Genehmigen Sie indessen die Hochachtung, mit der ich u. s. w."

VI. Miszellen und Notizen.

Narben in Folge von Verbrennungen sind bei Kindern sehr häufig und oft sehr entstellend. Es ist Mancherlei versucht und vorgeschlagen worden, um diese Narben zu beseitigen, aber nur selten wurde das Ziel erreicht. Im *Provincial medical Journal* finden wir von Hrn. Parker, Wundarzt am Bridgewater-Krankenhause, ein Verfahren zur Anwendung gebracht, das den besten Erfolg hatte. Ein 5jähriges Kind hatte eine Verbrennung erlitten; es hatten sich Narben gebildet, welche den Kopf so sehr nach der Seite zogen, dass die Wange fast auf der rechten Schulter ruhete; der Mund stand beständig offen, die Unterlippe war nach aussen umgestülpt und so sehr nach der rechten Seite gezogen, dass der Speichel kaum zurückgehalten werden konnte. Die kontrahirte Narbe bestand aus festen Hautbändern, die von hinter dem Ohre bis zur Schulter und von der Unterlippe bis zum Brustbein sich erstreckten. Hr. P. verfuhr hier auf folgende Weise: Eine etwas gekrümmte, mit doppeltem Faden versehene Nadel schob er unter der kontrahirten Haut, und zwar ungefähr unter der mittleren Portion derselben durch; die Ligaturfäden hielt er während der ganzen noch übrigen Zeit der Operation mit der linken Hand; hierauf durchstach er mit einem zweischneidigen, langen, schmalen Bistouri eine möglichst grosse Portion der kontrahirten Haut von einer Seite zur anderen, indem er an der gesunden Haut am Schulterblatte einstach, und ungefähr am rechten Unterkieferwinkel mit dem Messer zum Vorscheine kam. Nun trennte er die Haut durch und löste sie abwärts bis zum Schlüsselbeine vollständig ab, so dass die ganze von den Ligaturfäden umfasste und gehaltene Hautportion weggenommen wurde; die vom Brustbein bis zur Mitte des Unterkiefers sich erstrekkenden Hautbänder wurden einfach durchschnitten, und der Kopf in seine normale Stellung gebracht. Nun bildete Hr. P. aus dem Oberarme des Kindes einen Hautlappen von hinreichender Länge, liess diesen Hautlappen nach oben zu an einem Stiele haften, legte ihn dann mit seiner blutenden Fläche auf die Stelle des Halses, wo die Haut abgetragen war, und befestigte ihn daselbst mittelst Hefte an die gesunde Haut. Von oben nach unten reichte der Lappen vollständig zur Bedeckung hin, aber nicht in der Quere. Das Kind hatte die Operation sehr gut ertragen und nur wenig Blut verloren. Einfacher Verband im Anfange, und etwas später eine steife Halsbinde, vervoll-

ständigten die Heilung. Der Kopf hat eine sehr gute Stellung erlangt, kann nach allen Richtungen gut bewegt werden, nur nach links hin nicht so weit wie nach rechts, und die Unterlippe ist noch ein wenig nach aussen gestülpt.

In einem anderen Falle, nämlich bei einem 13 Jahre alten Knaben, bei dem die nach einer Verbrennung zurückgebliebenen Narben die Finger fest in die Handfläche hineingezogen hatten, verfuhr Hr. P. ungefähr auf dieselbe Weise. Er schnitt die verkürzte Hautportion ganz heraus, und verband die Wunde blos einfach, indem er die Hand stets gerade gerichtet auf einem Brette erhielt.

Ueber eine eigenthümliche Hodengeschwulst bei einem Kinde (*Tumeur testiculaire par inclusion*). In der Klinik des Hrn. Nelaton fand sich ein Kind, das seit seiner Geburt zwei verschiedene Hoden hatte; der rechte war viel grösser als der linke, aber die Eltern bekümmerten sich darum wenig; als das Kind 8 Monate alt war, wurde die Amme darüber ängstlich, und brachte das Kind zu den Eltern, die jedoch darauf immer noch nicht Rücksicht nahmen. Als das Kind 15 Monate alt war, hatte der Tumor die Grösse eines Hühnereies, und 3 Monate später die Grösse eines Gänseeies. Jetzt wurde das Kind davon sehr belästigt, und nun wurde ein Arzt zu Rathe gezogen. Gleich bei der ersten Untersuchung fühlte er eine Schwappung und vorn eine rundliche Vorragung, die mit der Geschwulst einen Körper bildete. Da auch einige Durchsichtigkeit vorhanden war, so machte der Arzt einen Einstich mit dem Troikar, aber dieses Instrument drang keineswegs in eine Höhle, sondern wurde von einer zelligen Masse aufgehalten, und es trat auch nur wenig Flüssigkeit aus. Der Tumor fiel nicht zusammen, und man konnte nun erkennen, dass er aus einer eigenthümlichen Masse bestehen müsse, welche innerhalb des Hodens zu sitzen schien. Etwa drei Tage später wurde das Kind von Neuem untersucht; man erkannte nun nach hinten zu mehrere kystenartige Hervorragungen, die jedoch beim Einstich wenig Flüssigkeit ergaben. Hr. Nelaton entschloss sich nun, den Hoden zu exstirpiren; er machte einen Einschnitt durch die Haut und dann durch die Scheidenhaut, die gesund war und etwas Flüssigkeit enthielt; sogleich sprang der Tumor vor, der nun nach Durchschneidung des Saamenstranges und Unterbindung der Gefässe herausgenommen wurde. Bei dem Durchschneiden der Masse sah man oben

und vorn eine Schicht derben Fettes, unter derselben eine nussgrosse Kyste mit einer weissen breiigen Materie gefüllt, wie man sie in den Kysten des Eierstockes zu finden pflegt. Die innere Fläche dieser Kyste glich der äusseren Haut und war mit feinen Haaren bedeckt. Unterhalb dieser grossen Kyste waren noch mehrere kleine vorhanden, die aber nur Serum enthielten, und noch weiter nach unten fand man ein kleines Bündel Knochen, die sich aber nicht deutlich bestimmen liessen, und die unter einander mit fibrösem Gewebe verwachsen waren. Nach innen zu und weiter nach unten von der grossen Kyste sah man eine andere Kyste, die ebenfalls mit solchem breiigen weissen Fettstoffe gefüllt war; eine Epidermis schien sie zu bedecken, denn man erkannte deutlich in ihr unter dem Mikroskope ihre charakteristische Beschaffenheit. Demnach schien der Tumor zu den eigenthümlichen Geschwülsten zu gehören, die man als *Foetus intra foetum* zu betrachten pflegte, obwohl es freilich nur sehr unbedeutende und schwache Ueberreste davon hier sein können.

Gegen die Diphtheritis oder die *Stomatitis diphtheritica* empfiehlt Hr. Gueppratte, da die Salzsäure, die man gewöhnlich anwendet, die Zähne sehr angreift, ein Pulver aus 4 Theilen Chinarinde, 2 Th. Chlorkalk und 2 Th. Kohle. Daraus lässt er ein sehr feines und sorgfältig gemischtes Pulver bereiten. Drei- bis viermal in 24 Stunden wird dieses Pulver mittelst eines Federkiels in den Mund auf die diphtheritischen Stellen hineingeblasen, oder mittelst eines Spatels direkt auf die Stellen aufgetragen. Dieses Präparat gewährt eben so schnelle und vielleicht noch sicherere Heilungen als die Salzsäure; schon am ersten Tage soll der üble Athem verschwinden, bald darauf sollen sich die pseudomembranösen Schichten loslösen. Das örtliche Mittel unterstützt Hr. G. durch Darreichung einer aus Weinstein bereiteten Limonade und einiger milden Getränke.

VII. Bibliographie.

On scarlatina and its successful treatment by the Acidum aceticum dilutum, by Isaac R. Brown. London 1846. 8.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VI.] BERLIN, APRIL 1846. [HEFT 4.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Ueber eine vermeintliche Entdeckung der nächsten Ursache des Keuchhustens durch Englische Aerzte, von Dr. Braun, Königl. Bayerischem Gerichtsarzt in Fürth.

Dr. Bland sieht eine Reizung, nicht eine Entzündung der Schleimhaut der Bronchien, als primäre Ursache dieser Krankheit an, in Folge welcher die Drüsen und Follikeln der Schleimhaut ein spezifisches, *Natrum muriaticum* enthaltendes Sekret absondern; erreicht dasselbe den oberen Theil der Trachea und den Larynx, so wird es durch die spastische Kontraktion der Muskeln der Glottis und der Athemmuskeln ausgeworfen, genau eben so wie ein fremder Körper, der zufällig in den Larynx gelangt. — „Von dieser Theorie des Wesens und Sitzes der Krankheit weiche ich insofern ab", sagt Dr. Streeter zu London (Behrend und Hildebrand Journal für Kinderkrankh. Bd. IV, Heft 2, S. 108), „als ich die primäre Affektion der Bronchialschleimhaut ihrer Natur nach für eine entzündliche halte, und dies dadurch bestätigt sehe, dass ein geringeres oder heftigeres Fieber, dem ähnlich, welches den kontagiösen Katarrh die Influenza begleitet, mit der Krankheit verbunden ist; doch der Ansicht, dass ein salinisches Sekret in der Trachea die nächste Ursache des konvulsivischen Hustens ist, stimme ich unbedingt bei, weil ich sie für unumgänglich richtig halte."

Wir Alle haben es ohne Zweifel schon empfunden, und auch von Anderen vernommen, dass bei jeder einigermaassen intensiven Affektion der Schleimhäute, selbst schon bei starkem Schnupfen, ein das Kochsalz verrathender Geschmack auf der Zunge sich bemerken lässt, und Dr. Streeter beruft sich auch auf die Aussagen der Erwachsenen, die von der Krankheit ergriffen waren und über den ungewöhnlichen stark

salzigen Geschmack der expektorirten Massen, so lange die Anfälle heftig sind, klagen. Es ist, da dieser Geschmack auch bei anderen Krankheiten und nicht blos bei dem Keuchhusten wahrgenommen wird, dieser also nichts Spezifisches, und der Gedanke, ihn mittelst eines Mittels, das entweder die Basis oder die Säure neutralisiren könnte, zu bekämpfen, ist sonach gar nicht statthaft. Ist die primäre Affektion eine entzündliche, so muss diese behandelt werden, und ist sie blosse Reizung, so muss dieser in den Säften inquiline Reiz entfernt werden. Gegen das *Natrum muriat.*, es mag nun als Produkt der Entzündung angesehen, oder vielmehr, im Blute vorhanden, nur mit dem Sekret zugleich abgeschieden und als fremder Körper eliminirt werden, wird sich keineswegs zu bewegen sein; auch wird nur sehr schwer bewiesen werden können, wie bei Säuglingen, die am Keuchhusten leiden, diese nächste Ursache des konvulsivischen Hustens entstehen kann, da wenigstens, wenn auch Natron, doch keine Salzsäure in den Körper dieser Kleinen eingeführt oder in demselben erzeugt wird.

Die Entdeckung des Kochsalzes in dem dem Keuchhusten eigenthümlichen Sekrete, wie man dies vermeinte, ist sonach keine, welcher man bedeutende Folgen geben könnte. Weder die Prophylaxie hat hierbei, noch die Therapie etwas gewonnen. Die Absonderung kann, so lange der Husten im katarrhalischen Stadium verweilt, eine das Kochsalz bildende sein, wie sie es bei allen Katarrhen mehr oder weniger ist; in den späteren Stadien enthält sie wahrscheinlich wieder ganz andere Produkte. Möchte bald einer unserer Chemiker Zeit und Lust finden, dies Sekret in seinen verschiedenen Phasen zu untersuchen, und uns eine gründlichere Belehrung, als die des englischen Arztes jetzt noch ist, zu ertheilen! —

Die Annahme der entzündlichen Natur des Keuchhustens scheint übrigens für jene Aerzte nicht statthaft zu sein, welche es wissen, dass uns die neueren Chemiker Liebig und Erdmann bewiesen haben: in jenen Krankheiten, welche von synochalem Fieber begleitet sind, sei die Menge des Faserstoffs und Albumens absolut vermehrt, die Menge der Blutkügelchen relativ, die Quantität der Salze aber absolut vermindert. Man sieht nämlich nicht ein, wie im Keuchhusten, wenn er entzündlich und demnach in dem Blute die Menge der Salze absolut vermindert ist, eine so grosse und oft wiederholte Abscheidung von *Natrum muriat.* in den Respirationsorganen vor sich gehen kann.

Die Verwandtschaft des Keuchhustens mit den Masern hat neuer-

dings abermals Dr. Rob. Volz in Häsers Archiv Bd. VI, Heft 3, S. 316, höchst wahrscheinlich zu machen gesucht, und stimmt sonach mit mir, der schon im 3ten Heft der Jahrb. der philosophisch-mediz. Gesellschaft zu Würzburg S. 168 diese innere Verwandtschaft auszusprechen wagte, überein. Wenn auch bis jetzt, und selbst durch den erwähnten Aufsatz von Volz, die Frage noch nicht entschieden ist, ob er mehr den Neurosen oder den Exanthemen beizuzählen ist, so werden doch so gründliche Forschungen mit chemischen Analysen uns immer näher zum Ziele und zur eigentlichen Quelle dieser mit Exsudationen von Serum, Blut, Schleim einhergehenden Krankheit führen; womit freilich auch die Hoffnung, ihren schädlichen Wirkungen begegnen zu können, nur neue Stützen gewinnen kann.

Zusatz. Der *salsa qualitas Sputi* gedenkt Alexander Trallianus im 5. Buch 1. Kapitel, wo er die *Signa tussis ex calida et frigida intemperie* aufführt. Es ist sonach gar nichts Neues, wenn manche Aerzte sagen: Der Auswurf beim Husten, das Erbrochene bei Keuchhustenkranken enthalte Kochsalz, blos aus dem Grunde, weil ältere Kranke des salzartigen Geschmackes im Ausgeworfenen gedenken.

Die Widersprüche der ärztlichen Schriftsteller in Betreff der Häufigkeit der Herzentzündung, zumal im kindlichen Alter, von demselben.

In dem von den Herren DD. Behrend und Hildebrand herausgegebenen Journal für Kinderkrankh., Bd. II, H. 5, S. 382, findet man die folgenreiche Aussage von Guersant: „Ich muss bemerken, dass die in Folge des akuten Gelenkrheumatismus entstehende Entzündung der inneren oder äusseren Haut des Herzens bei Kindern weder häufiger noch seltener vorkommt, als bei Erwachsenen. Ich habe häufig Kinder von einem derartigen Rheumatismus ergriffen gesehen, ohne dass irgend eine Affektion des Herzens, weder als gleichzeitige Komplikation, noch als eine Folgekrankheit eingetreten wäre; auf der anderen Seite habe ich organische Krankheiten des Herzens chronischen Charakters wiederholentlich bei Individuen gesehen, die nie an Rheumatismus gelitten. — Indessen ist diese Komplikation, wo sie vorhand-

stets bedenklich; ebensowohl wegen der entfernten Folgen als wegen des tödtlichen Ausgangs, den der gegenwärtige akute Rheumatismus dadurch leicht nehmen kann. So gut daher die Prognose im Allgemeinen, wenn die Affektion eine einfache und noch frisch ist, so traurig wird sie, wenn gleichzeitig eine der genannten Entzündungen des Herzens zugegen ist, und der Rheumatismus bereits längere Zeit besteht." — Auf der 384sten Seite sagt derselbe Guersant d. Vat.: „Eine besondere Berücksichtigung verdient das Alter der betroffenen Individuen, indem der Rheumatismus bei Kindern weniger häufig vorkommt als bei Erwachsenen. Vor dem 7ten, 8ten Lebensjahre kommen Beispiele dieser Affektion äusserst selten vor; am häufigsten beobachtet man sie, wenn sie jüngere Individuen ergreift, zwischen dem 12ten bis 14ten Jahre."

In einem ganz entgegengesetzten Sinne spricht sich im Korrespondenzblatte Bayer. Aerzte 1843, St. 28, ein Arzt in Fürth, Dr. August Solbrig, aus. Ihm zufolge hat man gerade in den Rheumatismen der Kinder die Quellen der wichtigsten und mannigfachsten Störungen des kindlichen Organismus zu erkennen, wenn man sich nur entschliesst mit einigermaassen genauer Prüfung zu Werke zu gehen. — Er macht aufmerksam auf die raschere Erregbarkeit der Membranen des Auges, des Gehirns, des Brustkastens der Kinder, welche ja auch der Lieblingsheerd der rheumatischen Affektionen im Allgemeinen bei Erwachsenen sind; auf die Leichtigkeit der Erkältung bei leichter Kleidung, auf die grössere Entblössung einzelner Körpertheile, auf die grössere Zartheit des äusseren Hautorgans, auf die wechselnden Einflüsse der Atmosphäre und die gewaltsame Störung des in Beziehung auf die Aetiologie der Rheumatose so wesentlichen, perspiratorischen Aktes; er will die Klagen der Kinder über Empfindlichkeit in den Gelenken, Ziehen und Reissen in den Extremitäten, im Kreuze, die abendliche Hitze, den Schweiss, das Hinschleppen während ganzer Wochen, besser beachtet wissen, als es selbst erfahrene Aerzte thun, die es als Streckfieber, als Wachsthum betrachten und höchstens eine *Potio laxans*, oder eine Geduldpredigt statt des Kolchikum, das man in der Kinderpraxis viel zu wenig kenne, anzuwenden wissen. Die meisten Wachs-, Zahn- und Wurmfieber lösen sich, ihm zufolge, in Rheumatosen auf, die sich durch charakteristische Empfindlichkeit in den Gelenken, durch säuerlichen Schweiss, durch abendliche Exazerbationen, Neigung zum Uebersprung von einem organischen Feld zum anderen, und durch 7—14tägigen Typus auszeichnen, bei unzweckmässiger

Behandlung sogar nicht ungern zu chronischen Uebeln sich gestaltend. Er giebt in solchen Fällen das *Vinum stibiatum* mit eben so viel *Vinum Colchici* bis zum 7ten Jahre den Kindern als ein die Gefässreaktion herabstimmendes Mittel, in hartnäckigen Fällen mit einigen Granen Akonitextrakt zu 6 — 10 — 12 — 15 Tropfen alle 3 Stunden, nachdem, wo es nöthig, ein Brech- oder Abführmittel vorausgegangen ist. (Nach Dr. Philipp ist die primäre Wirkung des Kolchikums auf den Darm, nicht auf die Harnwerkzeuge, gerichtet. Wo diese Wirkung ausbleibt, da ist das Kolchikum ohne allen Einfluss auf die Krankheit; und bei synochalem Zustande ist das Kolchikum nur nach vorausgeschickter Antiphlogose zulässig. Ein vorhergehendes Laxans oder Brechmittel erscheint daher eben so wenig angezeigt, als eine Antiphlogose im gegebenen Falle zu entbehren.) So hat er rheumatische Pleuresieen, beginnende Entzündung der Herzhäute, gegen welche doch, wie er selbst weiter unten sagt, schwerere Waffen nöthig sind, rheumatische Heiserkeit, Ohrenstechen, leicht und schnell verschwinden gesehen. (Es ist nicht gesagt, ob dies schneller als bei einfachem diaphoretischen Verhalten, wie es andere Aerzte anordnen, geschehen ist.) Bezeichnend, sagt er, für den rheumatischen Charakter bleibe die äussere, Abends regelmässig exazerbirende Empfindlichkeit der Kranken, die Neigung zu Schweissen, wobei die sorgfältige Würdigung der ätiologischen Momente mit Rücksicht auf den stationären Krankheitstypus bei Erwachsenen und die äusseren Temperaturverhältnisse nicht fehlen dürfe. — Mit Puchelt hält er die Meinung von der Seltenheit der Entzündung der Herzgebilde bei Kindern für eine irrige. Aus einer Zeit von 6 Monaten stehen ihm aus einer Stadt von etwas mehr als 14,000 Seelen, in welcher 8 Aerzte praktiziren, allein schon die Erfahrungen über 42 Fälle entzündlicher Herzaffektionen zu Gebote, welche beinahe epidemisch, wegen ihres gleichzeitigen Auftretens, genannt werden können. Als Ausschlag gebendes, seine Diagnose rechtfertigendes Symptom, während andere Praktiker diese Herzaffektionen nicht anerkannten oder übersahen, sieht er die eigenthümliche Friktion an, wenn die flache Hand auf die Präkordialgegend gelegt wird. Sie fehlt, ihm zufolge, fast nie, und verbindet sich oft mit einem Schwirren und Schwellen, welches mehr der Basis des Herzens entspricht, auf abnorme Blutströmung in den Ventrikeln selbst deutend. (Abnorme Bewegung des Herzens in Folge der Erweiterung der durch die Stase affizirten Herzgefässe, lässt sich da weit eher, als eine Abnormität der Blutströmung in den Ventrikelräumen statuiren.)

Das Hörrohr macht diese Friktion auch dem Ohre offenbar, bald als leichtes Gebläse (Blasen?), bald als stärkeres Reiben, dumpfes Rauschen und Rasseln. Nur da, wo schon ein stärkeres Exsudat ist, sind diese Herztöne mehr verwischt; in der grössern Hälfte der Fälle ist wahres Blasebalggeräusch vernehmbar, deutend auf Entzündung, sowohl im Endo- als im Perikardium. Dass die erste Membran ergriffen, zeige neben dem Blasebalggeräusch die starke nachhaltige, vibratorische Palpitation, der stark entwickelte Puls mit eigenem Schwirren. Wo Perikarditis, da sei bei gleich grosser Dyspnoe der Puls unverhältnissmässig kleiner, die Palpitationen oberflächlicher, im umgekehrten Verhältniss stehend zur Stärke der wahrgenommenen Phänomene des Rauschens und Reibens. Je mehr Exsudation im Herzbeutel, desto oberflächlicher der Herzschlag, desto kleiner der Puls, oft bei Kälte der Extremitäten, kaltem Athem, Schweiss nebst Konvulsionen. Da verwischen sich dann die normalen Herztöne entweder zu einem Tone, oder verschwinden ganz. Bei vorherrschender Endokarditis sei dies weniger der Fall. Solbrig hörte zweimal, neben dem gemeinen, einen eigenthümlich pfeifenden, schon von Bouillaud beobachteten Ton, den er der Verstopfung der Arterienöffnungen durch Blutgerinnsel — also einer Zersetzung des Blutes? — zuschreibt. Erscheint ein Husten — nicht ein kurzes Hüsteln und Ausstossen von Tönen, — weint das Kind mit instinktartigem Einklemmen der Lippen, um durch die charakteristisch bewegten Nasenflügel Luft einzuziehen, so ist Pleuritis mit zugegen. In diesem Falle ist das Reibungsgeräusch fortgesetzt, der meist matte Perkussionston breitet sich auch nach hinten aus, das normale Athmungsgeräusch ist getrübt, durch Bronchialathmen ersetzt, das Geschrei des Kindes wird endlich zur Bronchophonie. — (Sollte man, wenn man dies Alles liest, nicht mit Dr. Metz glauben: es sei hier die Kunst der Hörrohrsymptomendüftelei auf einen hohen Grad gebracht worden?) Der Verf. Dr. S. giebt zu, dass, wie es absolut unheilbare, allen Maassregeln widerstrebende, lethale, so auch andere intensive Fälle gebe, die indessen durch eine kräftige Venäsektion, selbst bei 4—6 Jahre alten Kindern, binnen 48 Stunden (?) abgeschnitten und der Genesung zugeführt werden können, die gewöhnlich vor dem 14ten Tage nicht eintritt (auch in den koupirten Fällen?). — Vermehrte Harn-Sekretion (Exkretion?) ist ein günstiges Zeichen; zuweilen kommt ein frieselartiges Exanthem (als Krisis?) oder ein metaschematisirter Schnupfen (vielleicht der Kulminationspunkt des früheren Nerventumultes?) mit allgemeinem Bronchialkatarrh (mit derselben Bedeutung?). — Exsuda-

tionen im Herzbeutel oder in der Pleura setzen aber mehrere Wochen durch die meisten skrofulösen Subjekte in Gefahr, bedingen auch Rückfälle mit schleichenden febrilischen Erscheinungen. (Das Koupiren scheint sonach mittelst der kräftigen einmaligen Blutentziehung eben so wenig sicher zu gelingen, als mittelst der Blutentziehungen *coup sur coup* des Bouilland; wenigstens sagt Dr. Philipp, dass durch letztere der rheumatische Prozess eher noch auf das Herz hingeleitet, als umgekehrt dies Organ davor sicher gestellt wird. Dr. Krieg in Casper's Zeitschr. 1844, Nr. 31, nennt die maasslose Depletion, das Aderlassen *coup sur coup* eine verwegene Windbeutelei der neuern Zeit, die jeder vernunftgemässen Begründung entbehre.) — Dem allen ungeachtet ist nach Solbrig die Prognose nicht so ungünstig, als man sie unter solchen Umständen nach Guersant halten sollte; denn von den 24 schwer Erkrankten des Dr. S. genasen 15, also $\frac{5}{8}$, während nur 9, also $\frac{3}{8}$, starben. Die übrigen 18 waren leichter Erkrankte. Unter den schwer Erkrankten bekamen 5 Blutentleerungen, 11 bekamen 2—3 mal Blutegel und nur 8 (leicht oder schwer Erkrankte?) blieben ohne Blutentziehung. (Es wird nicht gesagt, ob die 9 Verstorbenen alle mit oder ohne Venäsektion behandelt waren, oder ohne Blutegel.) Unter diesen waren 4 im ersten Lebensjahre, 1 von 6 Jahren, 1 von 5, 1 von 3, 1 von 2 Jahren, und 1 Verstorbener war erst 14 Tage alt. (Also alle waren unter dem 7ten Lebensjahre, der Erfahrung Guersant's entgegen.) Bei 15 (unter den 42 oder unter den 24 schwer erkrankten Kindern?) war Endokarditis, bei andern war Perikarditis, Pleuritis, Bronchitis entweder vorherrschend, oder gepaart. — Sektionen hat S. nicht gemacht. Er konnte sie um so leichter missen, da die Bedeutung der Herzgeräusche approbirt und in Einklang mit den pathologischen Veränderungen gebracht ist. (Die Sektionen, diese Kontrole, dies öffentliche Gericht für und gegen den Arzt, kennt man in Fürth noch nicht!)

Wir kennen bereits die Therapie des Verf. beinahe ganz aus dem Gesagten. Eine Ohnmacht, sogar während der Blutentziehung, mit profusem Schweisse, kann Besserung herbeiführen; Wunden der Blutegel lasse man ohne Bedenken nachbluten, unterstütze die Antiphlogose durch ein Infusum von Digitalis aus gr. vj zu ℥iij mit ʒj *Natrum nitricum*, $\frac{1}{4}$ Gr. Brechweinstein und ℈j Zeitlosenwein, mit ℥j Himbeersaft, stündlich zu 1 Kinderlöffel voll bei Kindern von 5—7 Jahren, bei jüngern ändere man. Gegen die Exsudation reiche man Kalomel — (neben obiger Mixtur, die ja schon antiphlogistisch wirkt, oder nach

derselben, wenn sie nichts leistet?) — wo sich aber die entzündliche Reizung der Herzsäule noch nicht durch auffallende Palpitationen verräth, wo die Kinder nur ängstlich aufgeregt, mit schmerzhaften Gliedern sind, wo die Auskultation nur erst die Anfänge der koinzidirenden Herzaffektionen erlauschen kann — da ist Ruhe, Diät, das *Vinum Colchici stibiatum* (hört!) hinreichend. Indessen fordern ¾ der Fälle eine 14 Tage lang liegende Fontanelle in der Präkordialgegend, die schon am 4—5. Tage zu beginnen hat und bis zum Verschwinden aller pathologischen Produkte im Thorax im Fluss erhalten werden muss, wenn nicht Rückfälle erfolgen, und die Hälfte der Befallenen schwer (?) zu heilen sein soll. Dann strengste Diät, stets offener Leib; beide sind nothwendig und können ⅘ der kleinen Kranken retten. (Man sieht, das scheinbar sanfte Verfahren ist noch kräftig eingreifend, und der Verf. thätig genug.)

Die Frage, welche man so leicht zur Hand hat, warum gerade im Jahre 1843 so viele Herzentzündungen? beantwortet S. eben so prompt so: „weil weder Krup noch Keuchhusten, noch Parotitis, noch Exantheme in derselben Zeit erschienen waren." Die rheumatische Brustaffektion, so meint er, vertrete die Stelle der krupösen, die ihrerseits wieder die der Exantheme einnehme; der Schluss auf die pathologische Verwandtschaft aller dieser Prozesse liege ganz nahe. Wie bei Masern und Friesel die Herzhäute mitleiden, so kritisire sich auch die Rheumatose des Herzens durch Masern und Friesel-Eruptionen (was dort sekundär, sei hier primär und umgekehrt); vielleicht sei die Herzrheumatose der Kinder selbst nichts anders, als ein Exanthem der Herzhäute, während das Exanthem als Rheumatose der äussern Haut dastehe; fernere Beobachtungen, vergleichendes tieferes Eingehen in die pathischen Erscheinungen mögen diese Sätze läutern. — Wäre uns wohl mit allen diesen Alternationen, wenn sie sich bestätigten, viel gedient? S. geht noch weiter: Er findet eine auffallende Analogie zwischen den malignen Scharlachfällen des Jahres 1841 mit blauem, aufgetriebenem Gesichte, heftiger Dyspnoe und Palpitation, halbgebrochenen Augen — mit der beschriebenen Herzrheumatose; eine konstante Beziehung zwischen dem Exanthem und einer Lokalaffektion der Herzhäute glaubt er statuiren zu dürfen und schliesst dies aus dem Tumult im Zirkulationsapparate, der Neigung zu chronischer Karditis. (Ist diese letztere den Aerzten Fürths faktisch erwiesen?) und zu Hydroperikardium. Dies Hydroperikardium kommt als Nachkrankheit (zumal bei Skrofulösen auch ohne Spuren von Entzündung) fast in jedem

Alter vor, als Folge nicht genugsam gelöster Perikarditis. Man dürfe, glaubt er, alsdann Blutegel an die Präkordien legen (warum nicht auch eine Ader öffnen?), Digitalis, Kalomel und Kolchikum gleich vom Anfange an geben. (Das letzte haben, so viel mir bekannt, schon englische Aerzte bei Scharlachkranken gereicht, ohne in Deutschland Nachahmer zu finden, und die erstgenannten Mittel hat schon Eichhorn in Schutz genommen. Man hielt mehr fest an dem Gedanken von Stasen in den verschiedenen Höhlungen, zumal der des Kopfes, als an dem der Entzündung der Herztheile. Beispiele von populären Heilungen solcher desperaten Kranken durch Branntwein, wie z. B. Kanstatt im Korresp.-Blatt Bayer. Aerzte erzählt, scheinen auch mehr das Erste, als das von S. Vorausgesetzte zu bekräftigen.) Dieser schliesst mit dem Wunsche: dass auf Hochschulen Kinderkliniken errichtet werden möchten, was freilich gut, doch nur in grossen Städten möglich wäre.

Vergleichen wir nun, was Guersant und was Solbrig vorgebracht haben, und wie Ersterem im *Hôspital des enfans malades* so zahlreiche Beobachtungen zu Gebote standen, in einer der grössten Städte Europa's, wo es an Fällen von Rheumatismus und dessen Komplikationen nicht fehlen kann, so müssen wir auffallend finden, dass der Eine derselben diese Affektion so selten vor dem 7—8ten Jahre, der Andere aber so häufig in dem frühesten Alter gesehen hat. Zwischen dem 2ten und 5ten Lebensjahre 21, zwischen dem 6ten und 7ten 11, also unter 42 Kindern gerade 33 vor dem von Guersant gesetzten Termine, an einer Affektion erkrankt zu wissen in einer so kleinen Stadt, wo die übrigen Praktiker von dieser Krankheit nichts wissen, sie, die doch wenigstens zum Theil den Gebrauch des Hörrohrs und seinen Nutzen kennen — das ist wenigstens etwas Pikantes. Ob sich auch im ersten Lebensjahre die rheumatische Natur einer Herzaffektion feststellen lässt, und noch mehr bei Kindern von 14 Tagen, wird schwer sein auszumitteln, da das Hörrohr über das Wesen nicht entscheiden kann. Dass die Krankheit selbst jedesmal in den 42 Fällen gegeben war, ist um so mehr zweifelhaft, da keine Sektion den Thatbestand, d. h. ihre präsumirte Existenz erwiesen hat; — dass man irren könne und geirrt habe in weit durchsichtigeren Fällen, dies wird auch Solbrig nicht läugnen. Die Rheumatosen sind schon mehr als einmal theils in ein Wechsel- theils in ein Kausalverhältniss zu den Exanthemen gesetzt worden; wie liesse sich nun beweisen, dass eine *Endocarditis rheumatica* der Kinder, oder eigentlich ihre Produkte im Herzen nur ein Exanthem repräsentiren, und dass das Exanthem der

Haut nichts anders als eine Rheumatose dieses Gebildes ist? Die Wahrnehmung eines Friesels bei *Rheumatismus articularis* oder Rheuma eines Muskels, z. B. des Deltamuskels, rechtfertigt diese Annahme keineswegs, weil wir ihn blos als Koeffekt, als Symptom derselben Ursache erkennen. Wenn wir einmal alle Formen auf dasselbe Wesen beziehen, Alles zu Einem machen, wie z. B. zu Rheumatosen, die doch nur dasselbe ätiologische Moment, Erkältung (?) anerkennen, so werden wir bald auch alle diese Uebel mit Kolchikum zu heilen versuchen, vorausgesetzt, dass dies Mittel alles das leistet, was die Zwiebeldoktoren an ihm und von ihm loben und preisen. Wir können dann mit ihm nebst dem *Vinum stibiatum* prophylaktisch alles Mögliche leisten. Kommen wir später, so müssen freilich Kalomel, Digitalis, *Natrum nitricum* und der ganze grosse antiphlogistische Apparat, so wie der antiexsudatorische, die Fontanellen, uns zur Seite stehen. Auf diese Weise sehen wir unsere Symptomenkenntniss, unsere Diagnostik, unsere Kunst, Indikationen zu machen, gerettet. Das Verfahren des Hrn. Dr. S. ist keineswegs ein einfaches, während Guersant weise Mässigung anempfiehlt. Wir sehen in unserer journalistischen Literatur nicht selten, dass junge Aerzte trotz ihrer Sicherheit in der Diagnose, und obgleich sie mit ihrer Therapie abgeschlossen haben, dennoch da, wo es darauf ankommt, auf Rhodus zu tanzen, statt einfacher sicherer Schritte, ganz wunderliche, seltsame Kapriolen machen, und eine halbe Apotheke aufwenden; dass sie also mit ihrer Vielthuerei und Arzeneithätigkeit nicht weiter gekommen sind, als ihre älteren, freilich nicht untrüglichen und weniger versprechenden, nicht zu verachtenden Kollegen und Führer. Guersant will als rationeller Arzt und Physiolog die Quantität des zu entziehenden Blutes, so wie die allenfalls zu wiederholenden Entleerungen nach Intensität und Dauer der Krankheit, nach dem Alter und der Konstitution des Kindes bemessen wissen. Solbrig seinerseits will nicht allein Raschheit und Kräftigkeit der einzuleitenden Heilmaassregeln, eine Blutentziehung ohne Aufschub — er macht selbst bei 4 Jahre alten Kindern schon eine Oeffnung in der Armvene, und lässt die Wunden der Egel ohne Bedenken bluten, bis der Aufruhr im Herzen gebändigt ist; — sondern er wagt hiermit alle Reaktionskraft gegen die Krankheit selbst zu vernichten. Guersant will den Rheumatismus bei Kindern schneller verschwinden, die Rekonvaleszenz ohne jeden Rückfall verlaufen gesehen haben; er beurkundet also, dass die Ausgleichung in diesem Alter leichter geschieht, dass die ärztliche Einschreitung weniger dringend ist; Solbrig will seinerseits

von der Vernachlässigung solcher Zustände bedenkliche Folgen und chronische Uebel entstanden gesehen haben, muss aber auch zugestehen, dass seine Kurart lange dauert, viele Kräfte kostet, und kann uns doch nur die nach Skarlatina zurückbleibende Wassersucht als sekundäres Uebel nennen, da er seine Angaben durch die hier allerdings erforderlichen Leichenzergliederungen nicht erwiesen hat. Wären diese rheumatischen Affektionen so häufig bei Kindern, träten sie alternirend oder auch komplizirt mit Exanthemen als Epidemieen auf die Bühne, so würde unsere Zeit, in der so viele Aerzte mit dem Sthetoskope bekannt, ja vertraut sind, zumal bei der leichteren Applikation desselben an Kindern, die Beobachtung dieser *Endocarditis* und *Pericarditis rheumatica* nicht versäumt und mit demselben Auge bemerkt haben, mit dem man den Gefässsturm vor dem Ausbruche von Exanthemen gesehen hat und noch sieht. Wir müssen deshalb noch immer Denjenigen misstrauen, der dem rheumatischen Momente eine zu extensive Wirksamkeit einräumt, dasselbe zum Schöpfer mehrerer oder aller Krankheitsformen erhebt, oder auch mit dem exanthematischen identisch erklärt; so wie wir Denjenigen belächeln, der alle Uebel als psorische ansieht, oder alle Deformitäten und Abnormitäten, mit welcher Menschen geboren werden, einem Schmarotzer-Affekte, der im Uterus sein Unwesen treibt, und vielleicht nur durch ein *bruit de diable* sich dem Sthetoskope kund giebt, in die Schuhe schiebt.

Eben da ich diesen Aufsatz schliesse, kommt mir Zehetmayer's Werk, die Herzkrankheiten, zu Gesicht, wo ich Seite 373 u. 374 Folgendes lese: „Unrichtig ist es, wenn von einzelnen Autoren eine stärkere Wölbung und Hervortreibung der Herzgegend als eine konstante Erscheinung einer vorhandenen Endokarditis angegeben wird, indem diese nur dann zu Stande kommen kann, wenn ein grösseres Exsudat im Perikardium zugleich mit besteht, oder in Folge einer Klappenkrankheit konsekutive Hypertrophie des Herzens erzeugt wurde. Eben so irrig ist es, wenn man eine eigenthümliche, an der aufgelegten Hand fühlbare, schwirrende Bewegung in der Herzgegend immer als den Ausdruck einer bestehenden Endokarditis betrachtet, indem diese Bewegung von einem Exsudate im Perikardium oder einer durch Endokarditis bedingten Sthenosis abgeleitet werden kann." — Ich überlasse jedem meiner Leser, die von Solbrig angegebenen diagnostischen Zeichen nach ihrem Werthe zu taxiren. In einer 1844 erschienenen Dissertation von Köhler ist das eigenthümliche Schwirren bei der Herzkontraktion, das man treffend

Katzenschnurren genannt hat, als bei der Palpation wahrzunehmendes Symptom, als Symptom der Auskultation aber das Blasebalggeräusch bezeichnet. Man sieht, wie die Leute einander abschreiben, und wie ungewiss Alles ist, was sie sagen. Nach Köhler erkranken Kinder an *Endocarditis sinistra* sehr selten, Greise nie. Wenn indessen S. 23 derselben Dissertation gesagt wird: „Häufig entsteht *Endocarditis sinistra* durch Metastasen akuter Exantheme und der Krätze", so steht dies insofern damit in Widerspruch, als es doch meistens Kinder sind, die an Exanthemen leiden und an Krätze leiden können, und Erkältungen so wie mechanische Verletzungen auch bei Kindern möglich sind.

Um zu beweisen, dass dergleichen Leiden auch bei Kindern in dem von Solbrig behaupteten Maasse vorkommen, müssen meines Erachtens bestätigende Erfahrungen anderer Aerzte, zumal jener, welche dieselbe Epidemie zu beobachten Gelegenheit haben und auf derselben Bildungsstufe stehen, vorgelegt werden. Auffallend ist zugleich die Differenz der Autoren in Bezug auf die Therapie. Während Schröpfköpfe, grosse Sinapismen auf die Waden, reizende Fussbäder die Ueberfüllung des Herzens, der Lunge, des Kopfes verringern sollen, während die Krankheit auf dem ursprünglichen Theile fixirt werden soll durch warme Einwicklungen der Gelenke, durch Erregung der Hautthätigkeit mittelst reizender Vesikantien, Sinapismen, Reibungen, lauwarme Bäder und Begiessungen, und sogar die Autenriethsche Pustelsalbe zu Hülfe gerufen wird, redet Zehetmayer den Kalt-Wasserfomenten das Wort und spricht sie von dem Bewirken des Herzübels, also der Metastase, frei.

Noch einige Worte über die Wirkung des Leberthrans in der Skrophulosis, von Dr. Adolph Schnitzer, Arzte der Kinder-Heilanstalt zu Berlin.

In meinen Bemerkungen über einige neuere und ältere Heilmittel in der Praxis der Kinderkrankheiten (siehe dieses Journal Mai und Juni 1845) habe ich mich wörtlich dahin ausgesprochen, dass ich mich nicht jener Ansicht anschliessen könne, nach welcher „die Wirkung des *Oleum Jecoris* lediglich dem Jodgehalte desselben zugeschrieben werde". Doch sagte ich ausdrücklich: „Allerdings mag der Jodgehalt in mancher Hinsicht das Seinige dazu beitragen, die heilsamen Wir-

kungen des Leberthrans zu unterstützen, indessen ist er gewiss nicht das hauptsächlich wirkende Prinzip in demselben.“ Dies bewies ich durch die Analyse des Leberthrans. Noch fügte ich Seite 408 hinzu: „Ich zweifle nicht, dass selbst der geringe Jodgehalt des Leberthrans einigermaassen mit auf die ersten Wege erregend einwirken, die Verdauung befördern, den Aneignungsprozess und auch die Resorption steigern mag, indessen scheine mir dieses nicht in so hinlänglichem Maasse stattzufinden, um ihm einen prävalirenden Einfluss beim Gebrauche des Thrans zuschreiben zu dürfen.“ — Das *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, Januar 1846, Nr. 1, giebt meine Bemerkungen im Auszuge, aber in einer Art, dass mich in den Augen der Leser allerdings der Vorwurf treffen muss, als habe ich den Leberthran in die Kategorie der fetten Oele überhaupt gestellt, und dem Jod in demselben jede mögliche Wirkung abgesprochen. Der Referent bürdet mir auch wirklich auf, dass nach meiner Ansicht alle Oele (doch wohl die fetten?) dieselbe Wirkung in der Skrophulosis haben müssten; indessen denke ich, dass die hier angegebenen Stellen genügend das Unbegründete jener Beschuldigung darthun. Aber auch jetzt kann ich meine frühere Ansicht von der Wirkungsart des Leberthrans nicht ändern, indem ich nochmals auf die Analyse desselben zurückweise. Unter den vielfachen Bestandtheilen des Leberthrans zeichnen sich, wie ich glaube, nachfolgende als hierhergehörend besonders aus. In 100,000 Theilen Leberthran sind enthalten:

	Brauner Leberthran.	Braunblanker.	Blanker.
Jod	0,02950	0,04060	0,03740
Chlor und eine Spur Brom	0,08400	0,15880	0,14880
Phosphorsäure	0,05365	0,07890	0,09135
Phosphor	0,00754	0,01136	0,02125

Betrachten wir andere Fettöle, so werden sie sich natürlich durch den Mangel obiger Bestandtheile allein schon vom Leberthran wesentlich unterscheiden, und es kann mir daher auch nicht einfallen, ihnen analoge Wirkung zuzutrauen; dagegen kann ich mich nicht davon überzeugen, dass es vorzugsweise das Jod sei, welches die eigenthümliche Wirkungsweise des Thrans bedinge. Chlor, Phosphor und Phosphorsäure sind in doppelter und dreifacher Menge gegen das Jod im Leberthran zugegen, mithin müsste sich wohl die Ansicht aufdrängen, dass sie es noch mehr als das Jod sein müssten, die Wirkungsart des Leberthrans zu bestimmen. Betrachten wir die Wirkung des Phosphors und der Phosphorsäure näher, so stellt es sich heraus, dass sie flüchtige

Reizmittel sind, namentlich bei torpiden Zuständen, und dass die Wirkung von den Magennerven ausgeht. Seine Wirkung (des Phosphors) nach den verschiedenen Richtungen ist: Er erregt die Esslust; — beschleunigt den Blutumlauf, erhöht die Wärme, bewirkt raschere und leichtere Muskelbewegung; — erzeugt vermehrte Hautabsonderung; — die Phosphorsäure verbindet die Eigenschaften der Säure mit denen der Phosphors, woraus sich ihre vortreffliche Wirkung auf das fibröse und Knochensystem ergiebt; sie verbessert in diesen Gebilden die schlecht geartete Stoffbildung und wirkt dem beginnenden Auflockerungs- und Schmelzungsprozess entgegen; ebenso verbessert sie die fehlerhafte Absonderung aus drüsigen Organen. (Sie ist ein Spezifikum bei Karies und Rhachitis.) — Die Chlor-Wirkung auf das Lymph- und Drüsen-System ist aber eben so bekannt, und es stellt sich daher jedenfalls die Frage heraus, ob diesen Bestandtheilen nicht mindestens dieselben wohlthätigen Wirkungen des Leberthrans zugeschrieben werden müssten, als dem Jod; denn dass das Jod für sich allein vortheilhaft in der Skrophulosis einwirkt, genügt keineswegs, thun es doch die anderen genannten Mittel ebenfalls.

Wenn der Referent behauptet, dass die von mir angegebene geringe Quantität des Jods im Leberthran kein Beweis gegen seine überwiegende Wirkung sei, da ja auch die kleinen Quantitäten der verschiedenen Salze in den natürlichen Mineralwässern eine ungemeine Präponderanz in ihren Wirkungen gegen die für sich allein gegebenen Salze darthun, so hat diese Aufstellung im Allgemeinen gewiss Geltung, aber sie spricht nicht gegen mich, sie würde höchstens die Annahme zulassen, dass die kleine Menge Jod im Leberthran wahrscheinlich wirksamer sei, als eine gleiche Menge Jod für sich gegeben, weiter beweist sie nichts. Ausserdem habe ich zugegeben, dass das Jod wahrscheinlich erregend auf den Verdauungsprozess einwirke, den Aneignungs- und den Verdauungsprozess steigere. Die ähnlichen Wirkungen des in grösserer Quantität im Leberthran, und ausserdem ebenfalls spezifisch in den Skrophulosis wirksamen Phosphors, der Phosphorsäure und des Chlors sind aber eben so wenig wegzuläugnen, und somit steht es durchaus nicht fest, dass das Jod der wesentlichst wirkende Bestandtheil im Leberthran sei. Wahrscheinlicher dürfte es sein, dass der Verein der genannten Stoffe so wohlthätig die Wirkungen des Leberthrans unterstützt, sie regulirt, und demgemäss glaube ich, dass die früher von mir ausgesprochene Ansicht über die Wirkungsart des Leberthrans durchaus nicht widerlegt ist.

Ich hoffe, die Redaktion des *Journal des connaissances médico-chirurgicales* wird dieser Notiz einen Platz in ihrem Journal zu meiner Rechtfertigung gönnen.

Neue Untersuchungen über die *Meningitis tuberculosa* der Kinder, von Dr. Rilliet in Genf.

Dr. Brachet sagt in seiner vortrefflichen Abhandlung über den *Hydrocephalus acutus* Folgendes: „Nicht alle Länder scheinen in gleichem Grade für das Studium des *Hydrocephalus acutus* geeignet zu sein. England gebührt die erste Stelle; es ist, um so zu sagen, die Wiege der Krankheit und wird einst die Geschichte derselben vervollständigen müssen. Den zweiten Platz muss Genf einnehmen; nach England hat es die besten Abhandlungen und die schätzbarsten Beobachtungen geliefert."

Augenscheinlich ist es dem häufigen Vorkommen des akuten Hydrokephalus in unserer Gegend zuzuschreiben, dass von mehreren der geschicktesten Aerzte Genfs, unter denen ich nur Odier, Vieussbux und Coindet namhaft machen will, das Studium der wichtigsten Affektion der kindlichen Alter angeregt worden ist. Odier versichert in seinem 1779 veröffentlichten Werke, dass jährlich 12 bis 13 Kinder am *Hydrocephalus acutus* in Genf sterben.

Coindet, der sich die Sterbelisten der Jahre 1806 bis 1815 vorlegen liess, hat gefunden, dass die Zahl der Fälle im Allgemeinen jährlich zwischen 20 und 26 variire. Nach dem Dr. Marc d'Espine endlich, dessen geistreiche statistische Forschungen man nicht genug lobend erwähnen kann, wäre die Anzahl derer, die bis zum zwanzigsten Jahre am *Hydrocephalus acutus* sterben, nicht immer dieselbe in jedem Jahre. Seit sechs Jahren hätte sie zwischen 37 und 56 geschwankt. Diese Zahlen scheinen mir jedoch zu hoch angesetzt zu sein, da mehrere Fälle, die in den Genfer Sterbelisten unter dem Namen *Hydrocephalus acutus* aufgeführt sind, mit anderen verwechselt werden. Ob nun aber auch die angegebenen Zahlen richtig sind oder nicht, aus der einstimmigen Erklärung aller Genfer Aerzte geht hervor, dass der *Hydrocephalus acutus* oder die *Meningitis tuberculosa*, um die Krankheit bei ihrem wahren Namen zu nennen, eine sehr häufige Affektion ist.

Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, mehrere und grösstentheils interessante Fälle zu beobachten [1]). Auf den folgenden Seiten will ich einige Bemerkungen, zu denen ich bei längerem Nachdenken gelangt bin, niederlegen, und mit der Auseinandersetzung der Symptome, die dem Beginnen der Meningitis vorangehen, und die von den Schriftstellern mit dem Namen der Vorläufer belegt werden, beginnen.

Von den Prodromen der *Meningitis tuberculosa*.

Kaum hatte der *Hydrocephalus acutus* im nosologischen System seinen Platz eingenommen, als auch zwei ganz entgegengesetzte Ansichten über die Art des Beginns der Krankheit aufgestellt wurden. Robert Whytt, dem das Verdienst der ersten ausführlichen Beschreibung dieser Affektion gebührt, nahm an, dass sie sich langsam entwickle, und die ersten Symptome mindestens fünf oder sechs Wochen vor dem Tode auftreten. Fothergill behauptete hingegen, der Hydrokephelus befalle ganz gesunde Kinder und raffe sie in vierzehn Tagen hinweg [2]). Die Aerzte, die Whytt und Fothergill beistimmten, haben ebenfalls verschiedene Ansichten über diesen Punkt aufgestellt, und es konnte auch nicht anders sein, denn jeder der beiden englischen Aerzte hatte Recht, indem es sich hier nur um das häufige Vorkommen des einen oder des anderen Falles handelte. Jedoch muss

---

1) Vom Januar 1844, wo ich mich in Genf niederliess, bis Ende Juli 1845, habe ich in meiner eigenen Praxis oder in Konsultationen mit meinen Kollegen 21 an *Meningitis tuberculosa* leidende Kinder beobachtet. (In 19 Fällen endete die Krankheit mit dem Tode, zwei wurden geheilt.) Bei 8 Kranken war es mir gestattet, die Sektion zu machen, wo ich die anatomischen Charaktere der *Meningitis tuberculosa* fand. Diejenigen, bei denen die Obduktion vorgenommen werden konnte, boten alle Symptome einer regelmässig verlaufenden tuberkulösen Meningitis dar. Daher nahm ich keinen Anstand, sie den anderen anzureihen, denn man stellt gewöhnlich, wenn man das Bild einer Krankheit geben will, die Beobachtungen der geheilten Kranken, bei denen mithin der anatomische Beweis fehlt, mit denen, die unterliegen, zusammen, wenn nur bei den ersteren eine richtige Diagnose gestellt worden war. Uebrigens will ich, um recht gewissenhaft in meinen Angaben zu sein, die beiden geheilten Fälle, deren Aechtheit man bezweifeln könnte, ganz ausser Acht lassen. Mit diesen 21 Beobachtungen habe ich eine ziemlich grosse Zahl von Fällen, die mir früher in Paris vorgekommen, verglichen, um die Aufgabe, die ich mir hier gestellt, zu lösen.

2) Er drückt sich hierüber folgendermaassen aus: „Dr. Whytt behauptet, die Krankheit beginne ohne auffallende Symptome, gebrauche gemeiniglich einige Monate zu ihrer Ausbildung, und wenn ein wichtiges Symptom das Einschreiten des Arztes erfordert hat, so dauert sie noch mehrere Wochen, ehe sie tödtlich endet. Dieser Ausspruch stimmt mit den Resultaten meiner Beobachtung nicht überein. Ich habe Kinder gesehen, die allem Anscheine nach ganz gesund und munter waren, und in einem Zeitraum von ungefähr vierzehn Tagen durch die Krankheit hinweggerafft wurden."

man mit Recht zugeben, dass die grosse Menge der Beobachtungen zu Gunsten der Ansicht Robert Whytt's spricht. Die Krankheit tritt viel häufiger langsam und schleichend, als mit einem Male auf, wie ich auch in der Folge zu beweisen versuchen werde.

Die regelmässig verlaufende *Meningitis tuberculosa*, deren Gang und Symptome dem Krankheitsbilde entsprechen, dem die Schriftsteller den Namen *Hydrocephalus acutus* beigelegt haben, kann sich unter sehr verschiedenem Umständen entwickeln. Ich will sie unter drei Hauptklassen zusammenfassen:

1. Sie tritt bei Kindern auf, die seit mehreren Monaten und Jahren an einer deutlich ausgesprochenen primären chronischen Tuberkulosis des Gehirns, der Lungen oder des Darmkanals, oder an einer sekundären, auf eine akute Krankheit folgenden leiden. Diese Fälle sind nicht sehr häufig; denn wenn die Meningitis unter diesen Umständen auftritt, so verläuft sie gewöhnlich latent und giebt sich wenigstens nur durch dunkle und unregelmässige Symptome zu erkennen. Diese Form haben wir unter dem Namen latente Tuberkulosis der Gehirnhäute beschrieben. Hier lassen wir sie ganz ausser Betracht [1]).

2. Die Meningitis kann plötzlich auftreten, ohne dass Vorläufer vorangegangen sind. Diese Fälle sind gewiss sehr selten, wenigstens schien es, als wenn sie in Genf viel selteñer vorkämen als in Paris, was vielleicht darin seinen Grund hat, dass wir uns hier unter ganz anderen Verhältnissen befanden als dort.

3. Der häufigste Fall ist der, wo den Symptomen, die auf den Beginn der Meningitis hindeuten, ein Stadium der Vorläufer vorhergeht, in dem die Kinder krank sind, ohne es zu scheinen, oder wenigstens nicht so deutlich ausgesprochene Symptome von Krankheit darbieten, dass die Eltern es für nöthig halten, um Hülfe nachzusuchen [2]). Auf dieses Stadium will ich besonders die Aufmerksamkeit der Leser richten. Wir werden später sehen, dass es von einigen Aerzten, die

1) *Traité des maladies des enfans. T. III. p. 572.*

2) Bei meinen 19 Kranken habe ich mich siebenzehnmal von dem Mangel oder dem Vorhandensein der Prodrome überzeugen können. Zwölfmal waren die regelmässigen Vorläufer vom Beginn der Krankheit bis zu ihrem Ende vorhanden gewesen, fünfmal fehlten sie, aber bei drei dieser letzten Kranken zeigten sich mehrere Monate oder Jahre vor Eintritt der Krankheit jene vorhergehenden Symptome, die ich unregelmässige genannt habe; so dass nur bei drei Kranken die Affektion ohne ein Vorläufer-Stadium begann. In diesen beiden Fällen wurde die Sektion gemacht.

zu den unbeständigsten Symptomen in den regelmässigen Prodromen der Meningitis.

Wenn ich auf einige Fälle, die ich früher beobachtete, Rücksicht nehme, so kann den akuten Symptomen der Meningitis zuweilen eine *Intermittens tertiana* oder *quotidiana* vorangehen, die entweder in ihrer Periodizität oder in ihren drei Stadien einige Unregelmässigkeit darbieten, indem der Frost nur unbedeutend ist und auf die Hitze kein Schweiss folgt. Diese Fälle, die sich der intermittirenden Form, in welcher die Meningitis selbst bisweilen auftritt, nähern (und auf die ich später zurückkommen werde) verdienen die Aufmerksamkeit des Arztes, sie erfordern neue Untersuchungen.

Die oben beschriebenen Vorläufer verlaufen regelmässig und progressiv und enden mit Symptomen, die den Beginn des akuten Hydrokephalus verkünden. Es kann jedoch auch vorkommen, dass die Vorläufer sehr unregelmässig sind, in ungleichen Intervallen auftreten und viel früher, ehe die Meningitis beginnt. In solchen Fällen ist der Gang der Erscheinungen noch dunkler und der Zusammenhang derselben mit der Gehirnaffektion ist noch viel schwerer einzusehen. Jene vorangehenden Symptome sind selbst sehr unregelmässig und können nicht in einer allgemeinen Beschreibung wiedergegeben werden. Einige Beispiele werden die Sache klar machen.

Ein Kind wurde fünf Monate vor dem Auftreten der Krankheit von Erbrechen befallen, das zwei Monate ohne Unterbrechung anhielt; dann liessen diese Zufälle nach und die Gesundheit stellte sich wieder her. Erst drei Monate später traten die eigentlichen Prodrome auf. Andere Kinder leiden mehrere Wochen oder Monate an heftigen Kopfschmerzen, die von häufigem Erbrechen und Verstopfung begleitet sind. Diese Störungen, die man für gastrischer Natur hält, werden leicht beseitigt, und nach drei oder vier Tagen sind die kleinen Kranken wieder hergestellt, und erst ein halbes oder ein Jahr darauf bricht die Meningitis aus.

In anderen, viel selteneren Fällen lassen sich, wenn man einige Jahre zurückgeht, in dem früheren Gesundheitszustande die Spuren einer akuten Tuberkulosis oder einer in ihrem Verlaufe aufgehaltenen Gehirnaffektion entdecken, deren Symptome von der Analogie, die zwischen der früheren und der jetzigen Krankheit herrschen, Zeugniss geben. Ich habe zwei auffallende Beispiele hiervon beobachtet, das eine bei einem jungen Mädchen von elf Jahren, die in ihrem sechsten Jahre von einem unserer geschicktesten Aerzte an einer *Meningitis*

tuberculosis behandelt worden war. Die Krankheit war in Folge eines reichlichen merkuriellen Speichelflusses verschwunden, der zweite Anfall endete mit dem Tode. Das andere bei einem Mädchen von demselben Alter, die ich an einem akuten tuberkulösen Leiden behandelt hatte, und das gegen meine Erwartung beseitigt wurde. Zwei Jahre darauf ward sie von den Prodromen einer *Meningitis tuberculosa* befallen, der sie unterlag. Ich habe zweimal die Entwicklung von Lungentuberkeln nachweisen können, das eine Mal nach einer in ihrem Verlaufe aufgehaltenen Tuberkulosis der Gehirnhäute, das andere Mal in Folge der Vorläufer, die sechs Wochen vor den akuten Zufällen der Meningitis eingetreten waren.

Ehe ich weiter gehe und die Resultate meiner eigenen Erfahrung vervollständige, will ich die Beschreibungen, die die Schriftsteller von den der Meningitis vorhergehenden Symptomen geliefert haben, zum Vergleiche zusammenstellen. Ich wähle unter der grossen Anzahl von Abhandlungen über den Hydrokephalus diejenigen der drei Aerzte aus, die als Vertheidiger der drei Hauptdoktrinen, welche in der Wissenschaft zu verschiedenen Zeiten, 1768, 1815 und 1835, die herrschenden waren, aufgetreten sind, nämlich Robert Whytt, der die Krankheit von einem Erguss seröser Flüssigkeit herleitet; Goelis, der sie für ein entzündliches Leiden hielt, und Green, der sie mit Rufz, Gerhard, Piet und And. für eine tuberkulöse Affektion erklärte. Obgleich diese Schriftsteller von verschiedenen Ansichten ausgingen, so bieten ihre Beschreibungen dennoch genug Analogieen dar, und was die Hauptsache ist, sie bringen die Symptome, die ich oben beschrieben, mit der Gehirnaffektion in Verbindung. Nur Robert Whytt ist der Meinung, die flüchtigen Symptome im Beginne rühren von einem noch nicht sehr bedeutenden Ergusse her; Goelis schreibt sie einem Blutandrange gegen das Gehirn zu, und Green einer chronischen Entzündung der Gehirnhäute.

Ich werde weiter unten auf diesen Gegenstand zurückkommen, und untersuchen, welche anatomische Ursache diesen Prodromen eigentlich zu Grunde liegt. Die Beschreibung Robert Whytt's ist folgende:

„Die mit *Hydrops ventriculorum* behafteten Kinder", sagt derselbe, „bieten mehrere gleich zu beschreibende Symptome vier, fünf, sechs Wochen und länger vor dem Tode dar. Sie verlieren zuerst den Appetit und ihre Lebhaftigkeit; sie werden mager, bleich; sie haben immer einen frequenten Puls und etwas Fieber." Obgleich diese Be-

schreibung nur in wenigen Worten abgefasst ist, so sieht man doch, dass Whytt die Haupterscheinungen, die dem Auftreten der pathognomonischen Symptome der Meningitis vorangehen, nicht verkannt und ihr Wesen und ihren langsamen Verlauf richtig gewürdigt hat. Die späteren Autoren haben grösstentheils dieses Bild durch einige Züge vervollständigt. Goelis [1]) hat alle diese Arbeiten zusammengestellt und ihnen die Früchte seiner eignen Erfahrung beigefügt. Seine Beschreibung ist so vortrefflich, dass ich sie hier fast vollständig wiedergeben zu müssen glaube. Dieser treffliche Arzt nimmt vier Stadien in der Meningitis an. Das erste, dem er den Namen Stadium der Turgeszenz beilegt, stimmt mit dem der Vorläufer überein:

„Die Kinder", sagt er, „werden gegen Gegenstände, die ihnen früher am meisten gefielen und die zu den Vergnügungen ihres Alters gehörten, gleichgültig. Diese Gleichgültigkeit erstreckt sich auch auf die Personen, gegen die sie sich früher immer sehr liebevoll zeigten. Ihre Heiterkeit, Munterkeit und Lebhaftigkeit nehmen ab; sie werden schweigsam, empfindlich, reizbar; sie fürchten das Licht und fliehen jeden Umgang. Die gesunde Gesichtsfarbe geht verloren, der Glanz der Augen erlischt, die Muskeln werden schlaff, der Körper verliert seine Fülle und ihre liebenswürdige, heitere Stimmung geht in Melancholie über. Sie leiden mehr an Verstopfung, lassen weniger Urin als im gesunden Zustande, essen und trinken nicht mit der früheren Lust; sie sind nach dem Schlafe, in dem sie ein grunzendes Geschrei hören lassen und sich umherwerfen, abgematteter als vorher. Aeltere Kinder klagen über Eingenommenheit des Kopfes und Schwindel, wenn sie sich erheben oder selbst im Bette aufrichten. Dieselben Symptome zeigen sich bei jüngeren durch ein Hin- und Herbewegen des Kopfes und durch ein Stillschweigen, das plötzlich auf das Geschrei, das sie ausstiessen, folgt. Aeltere klagen, wie Odier, Schmalz und Whytt beobachtet haben, über rheumatische Schmerzen in den Gliedern, besonders im Nacken, in den Waden und Kniekehlen, und man kann sich von denselben Schmerzen bei den jüngeren überzeugen, wenn man die Hände hinter den Kopf führt, dann fangen sie wegen der Schmerzen zu weinen an. Der Puls, der mehr oder weniger frequenter ist, als im normalen Zustande, schlägt, wenn man darauf aufmerksam ist, von Zeit zu Zeit schwächer gegen den Finger an. Gewöhnlich nimmt

1) Praktische Abhandlung über die vorzüglicheren Krankheiten des kindlichen Alters. Band 1. Wien [illegible].

der Finger den siebenten, neunten, sechszehnten, siebenzehnten oder ein und dreissigsten Schlag nicht so deutlich wahr oder fühlt ihn gar nicht. Die Haut der Kranken ist trocken und ohne Ausdünstung; bei älteren Kindern ist sie an den Ober-, Vorderarmen, Schenkeln und Waden schlaff, der Gänsehaut ähnlich; jedoch nimmt man noch nicht jenen von Formey als pathognomonisch betrachteten Ausschlag wahr, der erst in den späteren Stadien deutlicher hervortritt."

„Die Kinder erwachen aus diesem Zustande, der einem tiefen Nachdenken gleicht, mit einem tiefen Seufzer, und bemerken dann die sie umgebenden Gegenstände, auf die sie vorher nicht Acht hatten; jeden Augenblick wechselt die Gesichtsfarbe; sie klagen bald über eine Gemüths-Aufregung, bald über einen vorübergehenden Schreck. Frägt man sie, was ihnen fehlt, so antworten sie gleichgültig: nichts. Ihr Gang ist, wie Wallmann, Falkner, Forel, Schmalz, Formey und eine grosse Anzahl anderer Aerzte bemerkt haben und wie ich es hundert und hundert Mal selbst zu beobachten Gelegenheit gehabt, unsicher, ohne Gleichgewicht und Sicherheit. Die Kranken heben oft den Fuss so hoch, als wenn sie eine Treppe hinaufsteigen wollten; sie schwanken beim Gehen und stolpern wie Trunkene."

Goelis meint, dass diese Symptome der Entzündung bei ganz gesunden Kindern vorangehen; indessen können sie auch vor dem Ausbruch mehrerer anderer Krankheiten auftreten. Er führt an, dass bei schwächlichen und an chronischen Krankheiten Leidenden die Diagnose weit schwieriger sei; er selbst hat sich oft geirrt. Bei ganz kleinen Kindern endlich ist die Diagnose noch misslicher, denn das unbedeutendste Unwohlsein ist von denselben Symptomen, die ich eben aufgeführt, begleitet. Folgende Symptome werden nach ihm bei ganz jungen Kindern von einem, zwei und drei Monaten beobachtet:

„Somnolenz, ein ganz besonderes und unaufhörliches Geschrei (ohne Zeichen einer anderen Krankheit), begleitet von einer Biegung des Kopfes nach hinten und Steifheit des Rumpfes; Keuchen bis zum Verlust der Respiration während des Geschreies; Tortikollis nach den Anfällen; Sehnenhüpfen bei der oberflächlichsten Berührung, Empfindlichkeit der Augen gegen das Licht; ein sehr hoher Grad von Empfindlichkeit des Gehörs, so dass das leiseste Geräusch sie aus dem tiefsten Schlafe erweckt. Abnahme des Appetits, mangelnder Durst, Weinen, wenn man sie nur im Geringsten bewegt und ein plötzliches Aufhören, wenn die Bewegung plötzlich und schnell geschieht, sind ziemlich häufige Symptome. Die Lage auf der Seite mit nach hinten gebogenem Kopfe,

die man vor dem Beginn nicht wahrgenommen hatte; Abnahme und dunkle Färbung des Urins; Verminderung der Stuhlgänge, die sich kurze Zeit, nachdem sie entleert, dunkelgrün färben; Aufhören der Flatus und Darmgase, die früher mit Geräusch abgingen; Zunahme der Temperatur des Kopfes, besonders der Stirn und des Nackens, und mehrere andere schon in dem ersten Stadium mitgetheilte Symptome, sowie einige, die der folgenden Periode angehören."

Dieses Bild ist jedenfalls mit Meisterhand entworfen. Ich kann ihm nur einen Vorwurf machen, nämlich, dass es zu vollständig ist. Goelis hat durch Vereinigung der weit ausgedehnten Resultate seiner eigenen Erfahrung mit denen der früheren Autoren, eine Kombination zusammengestellt, in der manche Punkte der Wahrheit nahe kommen, andere aber weit davon entfernt sind. Seinem systematischen Vorurtheile folgend, demgemäss er den *Hydrocephalus acutus* für eine rein örtliche entzündliche Krankheit hielt und in dem Stadium der Turgeszenz eine Kongestion annahm, hat er in seiner Beschreibung alle die Symptome zusammengehäuft, die auf eine Störung der Gehirnthätigkeiten hindeuten; ich muss ihm aber den Vorwurf machen, die pathologischen Erscheinungen, die über das Allgemeinleiden des Organismus Aufschluss geben, nicht gehörig hervorgehoben zu haben, wenn er sie auch nicht ganz übergangen hat, und besonders die Abmagerung, die von allen die wichtigste und charakteristischste in diesem ersten Stadium ist. Die späteren Schriftsteller haben theils die Vorläufer angenommen, theils verworfen, jedoch ist es sehr auffallend, dass die Aerzte, denen die Wissenschaft die Aufdeckung der tuberkulösen Natur der Meningitis verdankt, wie Rufz und Gerhard, sie ganz mit Stillschweigen übergangen haben. Green ist der einzige, der sich von Neuem damit beschäftigt hat. Hier folgt seine Beschreibung; der Leser kann sie mit der von Goelis vergleichen und ersehen, in wie fern sie von jener abweicht oder mit ihr übereinstimmt:

„Die Symptome, die auf das Vorhandensein einer chronischen Meningitis hindeuten, sind sehr verschiedener Art und unsicher; sie wurden von den Schriftstellern unter dem Namen der Vorläufer beschrieben. In manchen Fällen klagt das Kind über Unwohlsein und Schmerzen in den Gliedern, jede Bewegung ist ihm lästig; es wird traurig und meidet seine Gespielen. Es findet kein Vergnügen am Spiel. Die Symptome können von Anfällen, die hin und wieder auftreten, begleitet sein; in anderen Fällen wird jedoch die Diagnose durch vorhandene Leibschmerzen, Durchfälle, die mit Verstopfung ab-

wechseln, und Abmagerung erschwert. An chronischer Meningitis leidende Kinder werden häufig von epileptischen Anfällen befallen; es findet in den ersten Lebensjahren bei ihnen Otorrhoe statt. Oft klagen sie über Schmerzen in den Gliedern; ihr Schlaf ist unruhig; sie schrecken mit einem durchdringenden Schrei auf." Green hat diese letztere Symptome länger als zwei Monate dem akuten Stadium vorhergehen sehen. Es war von Kopfschmerzen, fieberhaften Bewegungen und zunehmender Abmagerung begleitet. In einem anderen Falle litt der kleine Kranke an fieberhaften Erscheinungen und Kopfschmerz, dann nahm sein heiteres Wesen ab und er klagte über Leibschmerzen.

Ich muss der Beschreibung Green's denselben Vorwurf wie der von Goelis machen. Man findet alle Symptome, die das Auftreten einer Gehirnaffektion verkünden, obenan gestellt, während die viel häufiger vorkommenden und eben so wichtigen, die auf das Allgemeinleiden des Organismus hindeuten, die zweite Stelle einnehmen.

Die vollständigen und regelmässigen Vorboten, wie ich sie eben mitgetheilt, dauern nach meiner Beobachtung vierzehn Tage bis drei Monate; je länger ihre Dauer ist, um so vollständiger sind sie. Auch Goelis sagt, das Turgeszenz-Stadium ziehe sich acht bis vierzehn Tage hin. Nach Green sollen die Symptome der chronischen Meningitis zwei, drei, vier Monate und länger vor den akuten auftreten. Es findet ein höchst merkwürdiges Verhältniss zwischen der Dauer der Vorboten und der der ausgebildeten Meningitis statt. Je vollständiger und anhaltender die Prodrome sind, um so kürzer ist die Meningitis. Währen die ersteren sechs Wochen, zwei und drei Monate, so zieht sich die Meningitis respektive zwanzig, achtzehn, vierzehn Tage hin; vierzehntägigen bis dreiwöchentlichen Prodromen entspricht eine Krankheit von zwanzig Tagen und darüber: fehlen endlich die Prodrome ganz, so dauert die Krankheit gewöhnlich noch länger, sie kann über einen Monat währen. Hieraus folgt, dass der Arzt, wenn er die Art und Weise und die Dauer der Vorläufer kennt, mit einer fast mathematischen Gewissheit voraussagen kann, wie lange die Krankheit sich hinziehen werde, zumal wenn er weiss, auf welche Art die akuten Symptome auftreten. So habe ich mehrere Male bis auf einen oder zwei Tage das tödtliche Ende vorhersagen können, obgleich ich in einer Periode hinzugerufen worden, wo die Symptome nicht im Geringsten auf einen unglücklichen Ausgang selbst nach längerer Zeit hindeuteten. Doch ich werde auf diesen Gegenstand weiter unten,

wenn ich von der Dauer der Krankheit in ihrer Totalität spreche, zurückkommen.

Welche anatomische Ursache liegt den Prodromen zu Grunde? Bis vor wenigen Jahren wurde die pathologische Anatomie nicht mit der gehörigen Sorgfalt betrieben, um sich eine genaue Vorstellung davon zu machen. Bei den Sektionen der am *Hydrocephalus acutus* Gestorbenen ward das Gehirn allein untersucht, die anderen Organe hingegen gar keiner Berücksichtigung gewürdigt. Daher hat keiner der Schriftsteller, die seit Robert Whytt das Stadium der Vorboten mit Sorgfalt beschrieben haben, dasselbe mit einem Allgemeinleiden des Organismus in Verbindung bringen können.

In der neuesten Zeit haben die Aerzte, welche die tuberkulöse Natur des *Hydrocephalus acutus* und das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkeln in den Gehirnhäuten und anderen Eingeweiden als allgemeines Gesetz hingestellt haben, wie Rufz, Gerhard und Piet, die Prodrome gar keiner Aufmerksamkeit gewürdigt und daher auch die Ursache derselben nicht auffinden können. Green ist meines Wissens der Einzige, der gleichzeitig die Prodrome beschrieben und den Zusammenhang, der zwischen diesem Stadium und der pathologischen Anatomie stattfindet, festzustellen gesucht hat; ich habe schon angeführt, dass er diese Gruppe von Symptomen von einer chronischen Meningitis herleitete; indessen kann ich seine Ansicht nicht theilen. Es scheint mir keinem Zweifel unterworfen zu sein, dass die Vorboten eher von einer allgemeinen Tuberkulosis als von einer chronischen Meningitis herrühren. Die Abmagerung, die bleiche Gesichtsfarbe, die traurige Stimmung, der Verlust des Appetits, die Störungen der Digestion deuten augenscheinlich auf einen tuberkulösen Prozess hin. Diese Symptome gleichen in mancher Hinsicht denen der ausgebildeten Phthisis, so dass man in diesen beiden krankhaften Zuständen nur zwei Grade derselben Krankheit anzunehmen gezwungen ward. Wenn die Vorläufer, die vierzehn Tage dauern, von der Phthisis in dem Grade abweichen, dass auch ein nicht damit vertrauter Arzt sich nicht täuschen kann, so ist dies nicht der Fall bei denen, die sechs Wochen, zwei und drei Monate währen; hätten sie sich noch länger hingezogen, so wäre das Kind, wie sich's gebührt, für ein phthisisches erkannt worden.

Wenn eine Meningitis sich bei einem Tuberkulösen entwickelt, dessen Krankheit ein Jahr oder länger dauert, so denkt man nicht daran zu behaupten, die Symptome der Tuberkulosis seien das Resultat

einer chronischen Entzündung der Gehirnhäute; warum also soll man, wenn die Phthisis von viel kürzerer Dauer ist und ihr einen, zwei und drei Monate lang Vorboten vorhergegangen sind, annehmen, die pathologischen Befunde sind von einer chronischen Meningitis abhängig?

Die pathologische Anatomie bestätigt aber meine Ansicht. Es ist bekannt, dass die Tuberkeln zuerst die Lungen- und Bronchialdrüsen befallen und sich erst konsekutiv in anderen Organen ablagern. Ist es daher nicht ganz natürlich, anzunehmen, dass die Symptome der Vorläufer vielmehr mit der Entwicklung der Tuberkeln in den Lungen- und Bronchialdrüsen zusammenhängen, als mit den Granulationen in den Gehirnhäuten, die erst später sich bilden? Oder, um die Frage wissenschaftlicher zu behandeln, muss man nicht zugeben, dass die Vorboten mit der tuberkulösen Diathesis in Zusammenhang stehen? jenem Allgemeinleiden, dessen anatomisches Symbol, um mich des geistreichen Ausdrucks eines berühmten Arztes zu bedienen, der Tuberkel ist. Einen anderen Beweis von der wahren anatomischen Ursache der Vorläufer liefert der Vergleich ihrer Dauer und der Ausbreitung der Tuberkulosis. Stellt man eine solche Parallele an, so wird man sich überzeugen können, dass die Granulationen um so zahlreicher, allgemeiner verbreitet und grösser sind, je vollkommener die Prodrome waren und je länger sie gedauert hatten. In den Fällen hingegen, wo die Meningitis ohne Vorboten begonnen hat, ist die Tuberkelbildung nicht so weit vorgeschritten und nicht so allgemein verbreitet; die Granulationen sind in geringer Anzahl vorhanden, sehr klein, grau und nicht gelb, und nur einige Organe sind ergriffen. Man muss bei diesem Vergleiche aber auch auf die Dauer der akuten Symptome der Meningitis Rücksicht nehmen. Es ist nicht zu läugnen, dass, wenn die Meningitis selbst lange Zeit gedauert hat, die Tuberkelbildung zugleich mit den Symptomen fortschreiten kann, und man wird dann die Organe mit einer ziemlich grossen Anzahl von Granulationen durchsetzt finden. Green hat, wie schon gesagt, darin einen Fehler begangen und die Vorboten einer chronischen Meningitis zugeschrieben, dass er in seiner Beschreibung auf die Gehirnsymptome zu viel Wichtigkeit gelegt, die in jenem Stadium der regelmässigen Meningitis sehr selten auftreten. Hätte er, anstatt in demselben Kapitel alle Fälle von regelmässiger und unregelmässiger Meningitis, mit oder ohne Gehirntuberkeln zusammenzustellen, sich nur mit der normalen Meningitis beschäftigt, so würde er wahrscheinlich zu demselben Resultate, wie

ich, gelangt sein; die Gehirnsymptome des *Stadium prodromorum*, auf die er am meisten gegeben, der von Zeit zu Zeit eintretende Kopfschmerz, die Schmerzen in den Waden, die chronische Kontraktur, die Konvulsionen werden gewöhnlich von Tuberkeln hervorgerufen, nicht von der Meningitis. Indessen will ich nicht in Abrede stellen, dass nicht bisweilen eine chronische Meningitis, die sich in der Umgegend der Granulationen entwickelt oder die Granulationen selbst, einige dieser Symptome veranlassen; jedoch bin ich der Meinung, dass sie selten zu den Vorboten der regelmässigen Meningitis gehören. Wenn sie sich einstellen, so geschieht dies hauptsächlich nur bei Kindern, die an Phthisis im letzten Stadium leiden, und wo die Meningitis selbst einen abnormen Verlauf nimmt.

Die Identität, die ich zwischen den Prodromen und der ausgebildeten Phthisis festgestellt habe, scheint der Theorie, die einige Aerzte in neuester Zeit haben geltend machen wollen, den letzten Stoss zu versetzen. Diesen zufolge wäre die tuberkulöse Natur der Meningitis nichts weniger als erwiesen, und die von Rufz, Gerhard, Constant, Piet, Green und A. beschriebenen Granulationen wären oft das Produkt einer Entzündung. Wenn aber die anatomisch-pathologischen Thatsachen, die ich oben mitgetheilt, nicht genügen sollten, so müsste man doch mit Hülfe des einfachen Verstandes einsehen, dass die Meningitis keine einfache Entzündung ist. Beachtet man nämlich den Gang, die Dauer, die Symptome der Krankheit, so zeigt sich ganz offenbar, dass sie von den gewöhnlichen akuten Entzündungen bedeutend abweicht. Pneumonie, Erysipelas, Pleuritis, Laryngitis, Peritonitis entscheiden sich gewöhnlich in sehr kurzer Zeit, in sieben, neun, vierzehn Tagen oder noch später, während die *Meningitis tuberculosa* vom Beginn der Vorboten oder der akuten Symptome an, wenn keine Prodrome vorhanden sind, bis zu ihrem Ende mindestens vier bis sechs Wochen braucht. Die Entzündungen sind von heftigen Erscheinungen, von einer bedeutenden fieberhaften Reaktion begleitet, während die Meningitis langsam, schleichend, ohne Fieberbewegungen herannaht.

Das Resultat dieses Vergleichs zwischen Krankheiten, die in verschiedenen Organen ihren Sitz haben, ist noch viel schlagender, wenn man eine Parallele zwischen der reinen Entzündung der Gehirnhäute und der *Meningitis tuberculosa* zieht. Man beobachtet dann in der Art des Auftretens, im Verlaufe, in der Dauer, in dem anatomischen Charakter dieser Krankheiten die grössten Abweichungen. Da ich

mich hierüber weitläufig anderswo [1]) ausgesprochen, so halte ich es nicht für nöthig, hier wieder darauf zurückzukommen.

Diagnose.

Nachdem Goelis mit der grössten Sorgfalt, vielleicht aber auch mit einer gewissen systematischen vorgefassten Meinung, die Vorboten seines Turgeszenz-Stadiums beschrieben hat, gesteht er ein, dass diese Symptome nicht so deutlich ausgesprochen sind, dass man im Beginn die Meningitis von anderen ähnlichen Krankheiten unterscheiden könne. Offenbar ist die allgemeine Tuberkulosis, die anatomische Ursache der Vorläufer; mit mehreren Krankheiten und auch mit gewissen funktionellen Störungen, die von lasterhaften Angewöhnungen, schlechter Nahrungsweise oder selbst, der Dentition oder dem schnellen Wachsthum herrühren, verwechselt werden. Es ist um so schwieriger, die Wahrheit zu ermitteln, da diese eigenthümlichen Zustände des Organismus, die in Folge von Onanie, einer schlechten Ernährung oder eines zu schnellen Wachsthums sich ausbilden, oder selbst nur das erste Stadium der Tuberkulosis abgeben oder wenigstens den Grund dazu legen. In diesen Fällen ist es von der grössten Wichtigkeit, auf die Ursachen zurückzugehen und die Wirkungen durch ein geeignetes Verfahren zu beseitigen. Das Sprichwort *curationes morborum naturam ostendunt* findet hier seine Anwendung. Wenn eine fortwährende Ueberwachung, weise Ermahnungen, Uebungen des Körpers, einige Antispasmodika, ein stärkendes Regimen schnell die Gesundheit eines Kindes, wo man lasterhafte Angewöhnungen vermuthet oder das sich unter ungünstigen Lebensverhältnissen befindet, wieder herstellt, so kann man mit Recht hoffen, die Symptome hängen nicht von einer funktionellen Störung ab, die mit der Natur der Ursachen, die sie erzeugt haben, in enger Beziehung stehen, zumal wenn man weder eine erbliche Anlage zur Tuberkulosis, noch in den Antezedentien des Kranken Spuren eines solchen Leidens findet. In den Fällen hingegen, wo die Prodrome andauern und sich verschlimmern bei einem Kinde, das der wohlhabenderen Klasse angehört, wo alle Regeln der Hygieine befolgt werden und wo man sicher ist, dass keine Masturbation stattfindet; bei einem Knaben von 5 bis 8 Jahren, mit blonden Haaren, feiner Haut, zartem Körperbau, der in den ersten Lebensjahren an chronischen Hautausschlägen, hartnäckigen Augenentzündungen, ange-

1) *l. c. T. III. p.* 319.

schwollenen Lymphdrüsen, Abscessen gelitten hat, der im Winter zu katarrhalischen Affektionen geneigt ist und wo in Folge von Krankheiten, wie Masern, Keuchhusten, Pneumonie, Pleuritis, Störungen zurückbleiben; wenn ausserdem Eltern oder Verwandte an Tuberkeln oder skrophulösen Affektionen gelitten haben: in solchen Fällen ist zu besorgen, dass eine allgemeine tuberkulöse Kachexie zu Grunde liege. Vermuthet man nun eine beginnende Tuberkelbildung, so frägt sich, ob es sichere Zeichen giebt, woraus man erkennen kann, dass das Gehirn vorzugsweise ergriffen sei. Wenn wir den rationellen Indikationen folgen wollten und uns an die Beschreibung der Schriftsteller hielten, so müssten wir natürlicher Weise zugeben, dass die Symptome von Seiten der geistigen Fähigkeiten oder der Bewegung, die traurige Gemüthsstimmung, die Apathie, der Wunsch nach Einsamkeit, das Aufschrecken aus dem Schlafe, das Zähneknirschen, das Geschrei in der Nacht Zeichen genug sind, die auf die drohende Gefahr eines Gehirnleidens hindeuten. Dennoch ist dies keineswegs der Fall, denn eines Theils können alle diese Symptome fehlen und die Vorboten nur in Abmagerung, Verlust des Appetits und Unregelmässigkeiten in der Digestion bestehen; anderer Seits knirschen viele Kinder mit den Zähnen, schreien in der Nacht, schrecken auf, ohne dass eine Gehirnaffektion droht. Indessen muss man die Fälle unterscheiden, wo die Symptome frisch oder alt sind. Wenn sie seit der frühesten Kindheit bestehen, so sind sie von geringerer Wichtigkeit, während, wenn sie bei einem Kinde, das früher nie daran gelitten, auftreten und allmälig sich entwickeln, von grösserer Bedeutung sind.

Es giebt indessen Symptome, die unter allen Umständen besonders das Herannahen einer Gehirnaffektion befürchten lassen, nämlich von Zeit zu Zeit auftretender Kopfschmerz, Schmerzen in den Gliedern, Schwindel, tiefe Traurigkeit oder eine ungeheure Reizbarkeit, sich häufig wiederholendes Erbrechen, das sich ohne irgend eine aufzufindende Ursache mehrere Wochen und Monate hindurch einstellt, u. s. w.

Gerlie hat viel auf die abweichenden Charaktere der Vorboten des typhösen Fiebers und des *Hydrocephalus acutus* gegeben. Es scheint mir am zweckmässigsten, sie hier mitzutheilen.

Prodrome des Hydrokephalus.

Die Prodrome, die dem Turgescenz-Stadium des Hydrokephalus angehören, sind: Verlust der Heiterkeit ohne genügenden Grund; Veränderung der Gesichtsfarbe, plötzlich während der Ruhe eintretend; Eingenommenheit des Kopfes und Schwindel, die sich plötzlich nach einer unbedeutenden Bewegung des Kopfes entwickelt; ein schwankender Gang mit mangelndem Gleichgewicht; rheumatische Schmerzen in den Händen, Füssen oder im Nacken; ein leiser, unruhiger, von Geschrei oder Grunzen begleiteter Schlaf; Verlust des Appetits oder Durstes mit oder ohne gastrische Symptome; Verstopfung und sparsamer Urin; Gleichgültigkeit gegen Alles, was früher dem kleinen Kranken Freude machte; unwillkürliches Seufzen; grosse Empfindlichkeit der Augen; trockene Haut; Veränderungen im Habitus des Kranken.

Prodrome des typhösen Fiebers.

Die Prodrome des Typhus sind: Eingenommenheit des Kopfes, heisse Stirn mit einem dumpfen Schmerze, der durch Stuhlentleerungen und Einathmen der frischen Luft abnimmt; Fülle des Magens nach dem Essen oder Trinken. Durchfall und vermehrter Urin; Frostschauer längs des Rückens, ohne Fieber; normaler oder schwacher oder ungleicher Puls; Niedergeschlagenheit; eine bleiartige Schwere in den Füssen und Händen; Abnahme der Sinnesenergieen; unüberlegte oder langsame Antworten auf die vorgelegten Fragen.

Ich gebe diese Bemerkungen von Goelis' ohne Kommentar wieder, und will nur hinzufügen, dass das typhöse Fieber meistentheils Kinder vom 12. bis 15. Jahre befällt, wo die regelmässige Meningitis selten ist, und vorzugsweise kräftige Individuen, besonders diejenigen, die kein Symptom einer erblichen oder erworbenen tuberkulösen Diathesis darbieten.

Ausserdem glaube ich, der Ansicht Goelis widersprechend, dass die Vorboten des typhösen Fiebers oft von kürzerer Dauer sind als die des Hydrokephalus. Sie dauern nie länger als fünf, acht, höchstens zehn Tage, während die kürzesten der *Meningitis tuberculosa* mindestens vierzehn Tage anhalten. Endlich können die ätiologischen Momente zur Aufhellung der Diagnose beitragen.

Auch die Helminthiasis ist von Goelis unter diejenigen Krankheiten aufgeführt worden, die dem Hydrokephalus ähnliche Symptome darbieten. Ich habe oft Kinder von lymphatischer Konstitution gesehen, die an unregelmässigen Fieberanfällen, an mit Durchfall abwechselnder Verstopfung litten, deren Appetit auf ungewöhnliche Dinge gerichtet war, die schlecht schliefen, mit den Zähnen knirschten, abmagerten, eine bleiche Gesichtsfarbe bekamen, deren Augen einsanken, und die ihres heiteren Wesens verlustig gingen. Diese Symptome liessen mich ernstlich das Auftreten eines tuberkulösen Leidens befürchten, aber ihr Verschwinden in Folge eines Purgans und einiger Wurmmittel hatte meine Besorgniss bald wieder beseitigt.

Endlich dürfen wir nicht vergessen, dass die physiologische Entwicklung im kindlichen Alter, die Dentition und das Wachsthum des Körpers bisweilen von Symptomen begleitet sind, die ein tiefes Leiden des Organismus befürchten lassen. Herumziehende Schmerzen, Abmagerung, traurige, düstere Gemüthsstimmung kommen zuweilen bei raschem Wachsthum vor; Abmagerung, unruhiger Schlaf, lautes Geschrei, Reizbarkeit, Verlust des Appetits, Störungen in der Digestion begleiten oft die erste und zweite Dentition. Die aufmerksame Beachtung der Antezedentien und die Erscheinungen, die der Arzt selbst beobachtet, werden ihn in vielen Fällen auf den richtigen Weg leiten. Unter anderen Umständen wird er so lange in Zweifel bleiben, bis neue Symptome ihn über den wahren Zustand der Dinge aufklären werden.

In solchen Fällen und im Allgemeinen, wenn es sich um eine Störung der Gesundheit handelt, deren Ursache schwer aufzufinden ist, sollte der Arzt mit seiner Prognose nicht gar zu zurückhaltend sein. Eine ungünstige Prognose ist nichts Gleichgültiges in einer so hinterlistig sich entwickelnden Affektion wie die Meningitis; denn wenn man ihrer auch nicht Herr werden kann, so muss man doch, wie Fothergill sagt, sie so beschreiben, dass man sie, wenn sie sich in der Praxis darbietet, zu erklären im Stande ist; und der Arzt in Betreff ihrer Fortschritte und ihres Ausganges eine Prognose stellen kann, die ihn in seinen eigenen Augen und in denen der Familie, „der ein Mitglied durch diese furchtbare Krankheit entrissen wird, rechtfertigt".

Die Prognose ist mit um so grösserer Vorsicht zu stellen, da ohne Zweifel auf die Vorboten nicht immer akute Zufälle der Meningitis folgen. So kann der Fall eintreten, 1) dass durch eine passende

Behandlung die vorhergehenden Symptome verschwinden. Die Tuberkelbildung kann im ersten Stadium, wenn sie noch nicht von einem anhaltenden Fieber begleitet ist, nach meiner Ueberzeugung in ihrem Verlaufe aufgehalten werden. Ich bin zu Kindern gerufen worden, die mehrere Symptome, welche den Ausbruch einer Meningitis befürchten lassen konnten, darboten, und die Familien angehörten, wo schon eins oder mehrere Kinder dem Hydrokephalus unterlegen waren; die Krankheit wich einer passenden Behandlung. Dies ist der seltenere und günstigere Fall. 2) Es kann auch vorkommen, dass die Tuberkulosis, nachdem sie das Gehirn bedroht hat, ein anderes Organ heimsucht und das Kind an *Phthisis pulmonum* stirbt oder von einer jener allgemeinen akuten oder subakuten tuberkulösen Dyskrasieen, die so häufig im kindlichen Alter sind, hinweggerafft wird. Unglücklicher Weise ist dies öfter der Fall. Man wird vielleicht die Frage aufwerfen, ob ich im ersteren Falle glaube, die Tuberkeln seien resorbirt worden. Dies lässt sich schwer entscheiden; jedoch bin ich eher geneigt zu glauben, dass die Tuberkeln sich in einem latenten Zustande befinden, d. h. eine gewisse Zeit lang nicht zu schaden im Stande sind. Dieser Annahme würden vielleicht manche Aerzte nicht beistimmen, die nur da Krankheiten annehmen, wo Symptome vorhanden sind; was beobachtet man indessen häufiger, als Tuberkeln im latenten Zustande in den Bronchialdrüsen, in den Lungen, auf der Pleura, im Gehirn und in den Gehirnhäuten?

Piet und Green haben schon darauf hingewiesen, dass Granulationen in den Gehirnhäuten, ohne irgend ein Symptom hervorzurufen, vorhanden sein können, aber sie hielten diese Fälle für Ausnahmen. Barthez und ich haben nachgewiesen, dass dieselben gar nicht so selten sind, wie man gewöhnlich glaubt, und dass der latente Zustand selbst in den Fällen vorhanden war, wo in der Umgegend der Granulationen eine chronische Entzündung und, was noch merkwürdiger ist, eine akute stattfand. So haben wir unter 74 Fällen von Tuberkeln des Gehirns und der Gehirnhäute 32 beobachtet, wo die Krankheit fast oder ganz ohne irgend ein Symptom verlief.

Behandlung.

Die Schriftsteller, die die Vorboten beschrieben und ihre wahre Ursache nicht kannten, haben auch keine rationelle Behandlung in diesem Stadium der Meningitis aufstellen können. Die Heilmethode, die Goelis z. B. angiebt, ist ganz und gar gegen die Gehirnkongestion

gerichtet; er empfiehlt Kalomel, kalte Fomentationen auf den Kopf, Blutentleerungen u. s. w. Gestützt auf meine anatomischen Befunde, scheint es mir nicht nöthig zu sein, weitläuftig auseinander zu setzen, dass diejenige Behandlung erfolgreich ist, die gegen die tuberkulöse Diathesis gerichtet ist.

Der Arzt muss die Tuberkeln wenigstens, wenn er auch ihre Resorption nicht erzielen kann, auf den latenten Zustand zurückführen. Ich will hier nicht alle Details der Behandlung der Phthisis im kindlichen Alter wiederholen, sondern verweise den Leser auf unser Werk (T. III. p. 119 und 540); ich werde hier nur mittheilen, welche Mittel ich in Gebrauch zog bei den Kindern, die mir in das Stadium der Vorläufer der Meningitis eingetreten zu sein schienen, oder, mit anderen Worten, an einer beginnenden allgemeinen Tuberkulosis litten. Diese Behandlung war von Erfolg, und die Zukunft kann allein lehren, ob derselbe temporär oder entscheidend gewesen ist.

1. Die Nahrung des Kindes muss tonisirend sein; sie muss hauptsächlich aus Bouillon und gutem schwarzen, gebratenen Fleische bestehen; zum Getränk dient mit Wasser verdünnter Bordeaux-Wein.

2. Es muss sich auf dem Lande aufhalten, in einer reinen und oft erneuerten Luft; den grössten Theil des Tages muss es im Freien zubringen, spielen oder gymnastische Uebungen vornehmen, und jede Art geistiger Beschäftigung meiden.

3. Morgens nüchtern und später Abends erhält es einen Löffel *Ol. Jecoris Aselli.*

4. Unmittelbar nach jeder Mahlzeit giebt man ihm drei Pastillen von *Ferrum lacticum.*

5. Einen Tag um den andern nimmt es ein Bad, dem man eine konzentrirte Abkochung der *Fol. Nuc. Juglând.* und 2 bis 4 Pfund Seesalz zusetzt. In dem Bade von der Temperatur von 27 ° R. verweile es eine halbe bis ganze Stunde. Die Bäder werden mindestens drei Wochen lang fortgesetzt.

Bei dieser Behandlung hörte die Abmagerung auf, der Appetit kehrte zurück, die gesunde Gesichtsfarbe stellte sich wieder her, die Kinder wurden heiter und lustig; mit einem Worte, alle beunruhigenden Symptome verschwanden. Wahrscheinlich setzt die tonisirende Behandlung der Tuberkelbildung Schranken, ich will nicht behaupten, dass sie die fremden Körper gänzlich beseitigt. Wären diese Symptome nicht verschwunden, so würde ich mit diesem Verfahren die Applikation eines oder zweier Kauterien am Arme verbunden haben.

Odier, Cheyne u. A. haben die Anwendung eines Exutoriums bei den Kindern empfohlen, deren Brüder oder Schwestern am Hydrokephalus gestorben sind. Sie sind dann besonders indizirt, wenn die Tuberkelbildung im Gehirn latent bleibt, während andere beträchtliche krankhafte Herde in der Brust oder im Unterleibe oder selbst in den äusseren lymphatischen Drüsen vorhanden sind.

Die Natur selbst bietet uns bisweilen einen ähnlichen Vorgang bei den Skrophulösen dar. So lange die Drüsenabszesse oder andere reichlich eitern, verschont die Tuberkulosis die grossen Eingeweide. In den Fällen hingegen, wo diese Eiterung stockt, stellen sich sehr schnell Brust-, Unterleibs-, oder Gehirnsymptome ein. Ich habe erst kürzlich einen solchen Fall bei einem jungen skrophulösen Mädchen beobachtet. Es litt an einem Kongestionsabzess am Schenkel; der Eiter wurde durch mehrere nach einander vorgenommene Punktionen entleert; die Eiterabsonderung hörte aber auf und nach acht bis zehn Tagen wurde das sehr heitere, lebhafte Kind still, missmüthig, verlor den Appetit, magerte ab, und drei Wochen später hatten sich die Symptome der Meningitis entwickelt. (Aus der *Gazette médicale.*)

II. Analysen und Kritiken.

Ueber die Pflege und Diätetik der Neugebornen, so wie über die Krankheiten derselben und deren Behandlung.

(Dr. **Eduard Detroit**, Kursus der Geburtshülfe mit Einschluss der wichtigsten Krankheiten der Schwangeren, der Wöchnerinnen und der neugebornen Kinder, nach den neuesten Erfahrungen, Bereicherungen in der Wissenschaft bearbeitet. Berlin 1846. 8. bei G. W. F. Müller. **Erster Theil**, 699 S., enthaltend die Geburts- und Wochenbettslehre. **Zweiter Theil**, von S. 700 — 1222, enthaltend die Krankheiten des Wochenbetts und der weiblichen Geschlechtssphäre. **Dritter Theil**, 168 S., enthaltend die wichtigsten Krankheiten der Neugebornen.)

Das vor uns liegende Werk können wir praktischen Aerzten und Studirenden als ein sehr gutes Sammelwerk über Geburtshülfe, Krankheiten der Schwangern, Wöchnerinnen und Neugebornen mit vollem Gewissen empfehlen. Wenn auch vielleicht manche Autoren übergangen sind, die hätten benutzt werden können, wenn ferner vielleicht hier und da ein Zitat nicht ganz richtig angeführt, so ist doch dieses Werk ganz vorzüglich geeignet, den Leser auf der Höhe der

Zeit in Bezug auf die genannten Gegenstände zu erhalten. Dabei findet sich überall fast ein gutes, kräftiges, selbstständiges Urtheil und da der Hr. Verf. auch viele Spezialitäten erörtert hat, die für den praktischen Arzt von grosser Wichtigkeit sind und doch nur selten in den gewöhnlichen Hand- und Lehrbüchern berührt werden, so wird das genannte Werk ganz gewiss volle Befriedigung gewähren.

Um dieses unser Urtheil zu motiviren, gehen wir in den drei Theilen allen denjenigen Abschnitten nach, welche in den Bereich unseres Journals hinein gehören.

Im ersten Theile des vor uns liegenden Werkes sind nur folgende Gegenstände von uns zu beschauen: 1) von der Diätetik der Neugebornen; 2) von der Beschaffenheit einer guten Muttermilch; 3) von der Dauer des Stillens und dem Entwöhnen der Kinder; 4) von der Wahl einer Säugamme und 5) vom Auffüttern der Kinder. — Im zweiten Bande, welcher die Krankheiten des Wochenbetts und der weiblichen Geschlechtssphäre auf eine sehr belehrende und praktische Weise darstellt, finden wir Nichts, das in unser Gebiet gehört; dagegen ist der ganze dritte Theil, welcher die Krankheiten der Neugebornen umfasst, für uns hier Gegenstand der Erwähnung. Wir werden bei unserer Analyse kritisch und aphoristisch zu Werke gehen, weil wir glauben, dass unsere Leser so am besten eine Ansicht von dem Werke bekommen.

I. Von der Diätetik der Neugebornen (S. 571 — 582). Das Kind, so wie es geboren ist, wird in ein Bad gebracht; nach dem neuen pr. Hebammenbuche soll ein solches Bad 10 Minuten dauern, wogegen Hauck bemerkt, dass 10 Minuten meist zu viel sind; er bemerkt dabei, dass die Juden ihre Kinder nach der Geburt beinah gar nicht baden, sondern sie erst mit trocknen warmen Tüchern abreiben und sie recht ordentlich bei der zweiten Umkleidung baden. Wir möchten in der That wissen, welche Juden Hr. Hauck meint; denn überall, so viel uns bekannt ist, stehen heutigen Tages die Juden den Christen an Bildung und Gewohnheiten vollkommen gleich. D'Outrepont bemerkt, dass in denjenigen Ländern, wo man das Kind nur abwäscht und abtrocknet, weniger Erkältungen und Konvulsionen vorkommen. Es ist indessen fraglich, ob bei solchem Abwaschen und Abtrocknen eines Kindes nicht Erkältung weit leichter möglich ist als bei einem Bade; sowohl das Eine wie das Andere muss mit Vorsicht geschehen, mit der Vorsicht, dass das Wasser die gehörige Temperatur hat und dass das Kind keinem kalten Luftstrome preis-

gegeben ist. Wird diese Vorsicht beobachtet, so ist ein Bad gewiss besser, als das Abreiben, da es vollständiger die Haut von dem Kindesschleime reinigt, und nicht einen Angriff auf die zarte Oberfläche des Kindes nothwendig macht. Aber wir stimmen mit dem Verf. überein, dass für das erste Bad 5 Minuten hinreichend sind; die Temperatur des Wassers muss 28—29 ° R. betragen, da die Fluida des menschlichen Körpers 30 ° Wärme halten. Seife darf nicht zum Badewasser genommen werden; das Baden muss im ersten Lebensjahre fortgesetzt werden. Es gewährt den Vortheil, jedes Bestreuen des Kindes überflüssig zu machen; Waschung und Reinlichkeit sind die Hauptbedingungen zur Verhütung und Heilung excoriirter und wunder Stellen des Körpers. Das *Semen Lycopodii* übt einen nachtheiligen, die Haut reizenden, deren Funktion störenden, die Perspiration behindernden Einfluss auf das Kind. Das Bestreuen eines gesunden Kindes an nicht wunden Stellen mit Hexenmehl ist durchaus verwerflich.

Was die Behandlung des Nabelschnurrestes betrifft, so findet der Autor die einfache Vorschrift des neuen pr. Hebammenbuches als die allerbeste, nämlich, so wie das Nabelschnurstück abgefallen ist, nur auf den Nabel ein trocknes, mehrfach zusammengelegtes Leinewandläppchen zu legen und es daselbst durch eine Nabelbinde zu befestigen. „Wenn der Nabel nicht mehr nässt und mit der übrigen Bauchhaut gleiche Farbe hat, wodurch vollkommene Heilung angezeigt ist, so ist die Nabelbinde nicht mehr erforderlich." Der Autor erhebt sich mit sehr einleuchtenden Gründen gegen die Behauptung Hauck's, dass wenigstens noch 8 Wochen nachher die Nabelbinde angelegt werden müsse.

Die Bekleidung des Kindes soll nur gehöriges Warmhalten desselben bezwecken, aber so sein, dass sie jede freie Bewegung der Glieder gestattet. Jede Einschnürung ist verwerflich; sogenannte Steckkissen oder Tragekissen sind vollkommen ausreichend, das Kind zu stützen; darauf soll das Kind 3 — 4 Monate meist horizontal getragen werden.

„Das Kind", sagt der Verf. weiter, „soll beim Entkleiden (beim Umkleiden) so oft und so lange, als es ohne Erkältung geschehen kann, — also in den ersten Wochen höchst kurze Zeit (½ Minute), nach und nach aber länger (bis zu einigen Minuten), und je nach der Kraft und Abhärtung des Kindes und der Wärme der umgebenden Luft immer länger — die nackten Glieder in der Luft bewegen. Solche Luftbäder sind zur Erstarkung und Entwicklung äusserst

nothwendig und heilsam, und über nichts drückt das (gesättigte und gesunde) Kind sein Wohlbefinden und seine Freude mehr aus, als wenn ihm, aus dem Wickel-Zeuge und dem einengenden Kinderzeuge erlöst, diese Freiheit gestattet wird." — Wenn es ohne Erkältung geschehen kann — freilich! aber wir halten diese Luftbäder, so erfrischend und belebend sie auch sein mögen, doch für gefährvoll; denn nur in ganz guter Lokalität und bei einsichtsvollen Wärterinnen werden sie diesen Vortheil gewähren, sonst werden sie das geeignetste Mittel sein, die Kinder den Erkältungen auszusetzen.

Diese Erkältungen fürchtet aber der Autor mit vollem Rechte. „Sie sind, sagt er, dem Neugebornen eben so häufig verderblich als der Wöchnerin. Nicht minder nachtheilig wird ihm aber übermässiges Warmhalten, sobald das Kind Wochen alt und die Atmosphäre sehr heiss ist."

Dieser ganze Abschnitt ist so einfach und trefflich geschrieben, dass wir ihn, wenn er auch nichts wesentlich Neues enthält, doch dringend zum Durchlesen empfehlen müssen. Wir wollen nur einzelne kurze Sätze daraus zusammenstellen:

1. Ausser der gehörigen Wärme ist auch die animalische Wärme der Mutter belebend und erfrischend für das Kind.

2. Das Kind muss daher der Mutter, wenn diese gesund ist, von Zeit zu Zeit ins Bett gegeben werden, aber nur bei Tage (Jörg, Carus, Busch), aber nicht zu oft und nicht bei Nacht (pr. Hebammenbuch), weil die Mutter es im Schlafe erdrücken könnte.

3. Das Kind muss im eigenen Bettchen, etwas auf der Seite und nicht zu niedrig mit dem Kopfe liegen, theils wegen möglichen Erbrechens und zur Verhütung von Kongestionen nach dem Kopfe.

4. Das Wiegen ist dem Kinde physisch und moralisch nachtheilig. (Ref. gesteht, dass er nur ein Uebermaass des Wiegens tadelt; sonst hat er, so viel die Theorie auch gegen das Wiegen sagen mag, in der Praxis noch keinen Nachtheil davon gesehen; ja es schien ihm sogar, die geringe Luftbewegung, welche durch ein mässiges Wiegen bewirkt wird und einem sanften Fächeln gleicht, von Vortheil zu sein. Einen Missbrauch des Wiegens würde Ref. gewiss tadeln.)

5. Der Schlaf des Kindes darf nicht gewaltsam unterbrochen werden.

6. Das Kind muss oft gereinigt und gehörig getrocknet werden; das Waschen geschieht mit einem Schwamme und Wasser, nicht mit

Branntwein oder Spirituosen. (Wo wäscht man mit letztern die Kinder? Ref.)

7. Der Mund des Kindes, so wie die Brustwarze brauchen nur mit frischem (kaltem) Wasser gereinigt zu werden, um aphthöse Geschwüre zu verhüten.

8. Das Schreien ist dem Kinde heilsam, und es ist ein Vorurtheil, daraus immer nur auf ein Bedürfniss, das das Kind habe, zu schliessen. Wenn ein Kind schreit, muss man allerdings nachsehen; wenn man aber nichts findet, wenn es trocken und warm liegt und gesättigt ist, so schreit es blos, — um zu schreien. „Es giebt unliebenswürdige Kinder, sagt der Verf., welche, ausser wenn sie schlafen, Wochen und Monate lang hinter einander schreien, ohne dass ihnen irgend etwas fehlt, und sie gedeihen dabei vortrefflich."

9. Eine verderbliche Unsitte vieler Aerzte ist es, ein neuankommendes Kind mit einem Laxirsafte zu empfangen; das Kolostrum ist dazu hinreichend. Wir können hier das nachholen, was der Verf. vorher (S. 561) über das erste Anlegen des Kindes gesagt hat; er muss es uns gestatten, diesen ganzen Abschnitt wörtlich mitzutheilen, weil er unsern Lesern die einfache, klare, fassliche und praktische Darstellungsweise, die in diesem ganzen Buche herrscht, besonders darthut.

„Wir finden zwar noch, sagt der Verf. (a. o. O.), die Vorschrift von Busch (dessen Lehrbuch, 3. Auflage, 1836, S. 129): „„Sechs bis zwölf Stunden nach der Geburt und, bei Schwäche der Wöchnerin, spätestens nach 24 Stunden muss das Kind an die Brust gelegt werden, wenn nicht Störungen eintreten sollen."" Jedoch ertheilt schon das unter Busch's Mitwirkung 1839 edirte pr. Hebammenbuch (§. 333) die Regel: Die Entbundene soll ihr Kind schon 4 — 6 Stunden nach der Geburt an die Brust legen, also in der Regel, sobald sie vom ersten süssen Schlummer erwacht. Jörg war stets der Ansicht: „„Die Mütter müssen die Obliegenheiten des Stillens schon nach 3, 4 oder 5 Stunden und nachdem sich Mutter und Kind von der Anstrengung und von der Beschwerde der Geburt einigermaassen erholt haben, in Ausübung zu bringen anfangen."" Eben so sagt Grenser (wohl in Schmidt's Enkyklopädie?): „„Schon einige Stunden nach der Geburt, wenn die Entbundene sich etwas erholt hat, muss das Kind zum ersten Male angelegt werden, indem dies den Eintritt der Milch in die Brüste am allermeisten fördert."" — Vorzüglich lernen wir von E. v. Siebold das rationelle und naturgemässe Verfahren: „„Ist es Absicht, das Kind selbst zu stillen, so muss demselben einige Stunden nach der Geburt zum ersten Male die Brust geboten werden. Der Entschuldigung, es sei noch keine Milch vorhanden, darf kein Raum gegeben und darum das Anlegen des Kindes nicht unterlassen werden; gerade durch den Reiz des Saugens wird die Milch,

angelockt, für das Freiwerden der Ausführungsgänge gesorgt, die Warze selbst hervorgezogen u. s. w. Nur dann, wenn die Wöchnerin durch die vorhergegangene Geburt sehr angegriffen und erschöpft war, kann ihr längere Ruhe gestattet werden."" Zwar lehrt nun Kilian noch: „„Es soll die Frau nicht früher als 6 — 8 Stunden nach der Geburt ihr Kind zum ersten Male anlegen"", und behauptet, „„früher das Kind anzulegen, sei deswegen unzweckmässig, weil das Weib dadurch noch zu sehr aufgeregt, und namentlich der Uterus dabei nicht selten in solche Mitleidenschaft gezogen wird, dass die heftigsten Nachwehen, Blutungen u. s. w. entstehen"". — Jedoch ist hiergegen zu erinnern: a) dass wir uns durch solche Vorschrift wieder um so mehr von dem naturgemässen Hergange und den Zwecken der Natur entfernen, denn die Natur beabsichtigt unmittelbar nach Entleerung des Uterus Reizung der Brüste und dadurch Ableitung vom Gebärorgan; b) dass heftige Nachwehen und Blutungen durch das Anlegen des Kindes an die Brust nur bei höchst sensibeln und äusserst angegriffenen Wöchnerinnen entstehen, bei denen überhaupt die Vorsicht gilt, erst Ruhe und Erholung zu gestatten; c) dass aber der Uterus unmittelbar nach der Geburt auch bei sensibeln Frauen am meisten kontrahirt und in Ruhe ist, nach einigen Stunden aber mehr expandirt wird und in allmälig wirkenden Rückbildungswehen, welche den Muttermund wieder mehr öffnen, begriffen ist, und dass solche sensibele und angegriffene Frauen, welche durch Anlegen des Kindes heftige Nachwehen und Blutungen erleiden könnten, diese auch nicht minder nach 6 — 8 Stunden zu erdulden haben werden und daher durch längeres Aufschieben des Säugens durchaus nichts gewinnen, wie denn auch die Erschöpfung von einer Anstrengung in der Regel erst später eintritt, eben so wie die Reaktion nach Verwundungen erst nach 12 — 72 Stunden einzutreten pflegt. — So schwer es uns überall gemacht wird, am Geburts- und Wochenbette die einfache, von der Natur vorgezeichnete Bahn zu betreten, und den durch unübersteigliche Wälle schädlicher Vorurtheile umschanzten natürlichen Weg eines einfachen, naturgemässen Verfahrens zu verfolgen, ebenso werden wir hierbei genöthigt, es erst durch Gründe darzuthun und zu erkämpfen, dass es natur- und zweckgemäss, der Mutter und dem Kinde dienlich, von der Natur eingeleitet und vorgezeichnet sei, dass das gesunde Kind, sobald es geboren ist, an die Brust seiner gesunden Mutter gelegt werde und gelegt werden solle. Und wahrlich ist es schwer einzusehen, warum die nicht angegriffene, ja sich völlig wohlbefindende Neuentbundene, welche Milch in den Brüsten vorräthig hat, nicht schlafen will oder mag, oder so eben vom kurzen Erholungsschlummer erwacht und voll Entzücken und beseligendem Muttergefühle nach ihrem Säuglinge verlangt, welcher, sobald er ans Licht kam, an den Händchen emsig saugt und offenbar zu saugen begehrt, diesen nicht sofort an die Brust legen soll. Die Engländer, welche sich in einfacher naturgemässer, diätetischer Behandlung der Wöchnerin und des neugebornen Kindes auszeichnen, verfahren hierbei in vieler Hinsicht einfacher und naturgemässer als wir. Der englische Arzt Dr. Hocken will, dass das Kind unmittelbar nach der Geburt angelegt werde, weil a) durch das frühzeitige Anlegen der Uterus zu Kontraktionen gereizt und Blutungen verhütet werden; denn b) schmerzhafte oder eigentliche Nachwehen

werden dadurch vermindert, nicht vermehrt, c) Mutterblutungen aber zum Stehen gebracht; d) das frühere Anlegen erleichtert das Säugen und bewirkt bessere Brustwarzen, denn die gleich nach der Geburt frei hervorstehenden Brustwarzen werden durch die spätere grössere Anfüllung der Brust, oft schon nach 6 — 12 Stunden, dem Kinde schwerer zugänglich; e) durch früheres Anlegen werden Milchanschoppungen und Milchabszesse verhütet; f) es begehrt das Kind gleich nach der Geburt zu saugen; durch Einflössen von anderen, oft höchst unpassenden Flüssigkeiten aber wird das Kind der Mutterbrust und dem Saugen entfremdet und saugt wegen des vorangegangenen Einflössens viel schwerer und verdrossener."

Bedenkt man nun noch, dass grade die allererste Muttermilch die gehörige purgirende Eigenschaft für das Kind besitzt, und dass es gut ist, dasselbe vom Kindespech sobald als möglich zu befreien, so wird man darin einen Grund mehr sehn, so früh, wie nur irgend möglich, das Neugeborne anzulegen. Thee, Säftchen sind ganz überflüssig und nur dann allenfalls anzuwenden, wenn eine Amme, die schon einige Zeit gesäugt hat, genommen wird, oder wenn das Kind aufgefüttert werden soll. Dann wird aber Rhabarbersaft und Fenchelwasser, 3stündlich ein Theelöffel voll, vollkommen hinreichen, das Kindespech abzuführen. — Ein Punkt, worauf nicht genug aufmerksam gemacht werden kann, da er so wenig beachtet wird, ist der, eine gewisse Regelmässigkeit bei dem Säugegeschäft oder bei der Darreichung von Nahrung zu beobachten. Es ist dieses für Mutter und Kind gleich wichtig. Vor den ersten acht Wochen muss das Kind wenigstens alle 2 Stunden, später wenigstens alle $2\frac{1}{2}$ — 3 Stunden an die Brust gelegt werden. Immer dem Kinde die Brust zu geben, wenn es schreit, ist eine Qual für die Mutter und ein Nachtheil für das Kind. Der Verf. erhebt sich gegen E. v. Siebold und Kilian, welche meinen, dass in den ersten 2 Monaten keine Ordnung beobachtet zu werden braucht, sondern dass das Kind so oft angelegt werden kann, als es nach der Brust begehrt. Der Nachtheil für das Kind zeigt sich eines Theils in der Verwöhnung desselben, so dass es dann fortwährend an der Mutterbrust liegen will, und andrerseits an Indigestionsbeschwerden und deren Folgen. Mit A. Donné, Bull und Chailly besteht der Verf. darauf, dass man, wie schon angegeben, das Kind gleich von Anfang an an Regelmässigkeit gewöhne, weil es später viel zu schwer wird. Wir erlauben uns, diesen Abschnitt mit folgendem Resumé des Verf. zu schliessen.

„Wir halten es", sagt er, „für das physische und moralische Gedeihen des neugebornen Kindes für Haupterfordernisse: a) dass es nicht

zu oft und zu lange und zu unausgesetzt an der Mutterbrust liege; b) dass es stets gleichmässig warm, aber niemals zu warm, zumal wenn es über die ersten Wochen hinaus ist, gehalten, und nicht erkältet werde; c) dass es je jünger, desto mehr schlafe, wobei es durchaus unnöthig ist, für äussere Ruhe zu ängstlich zu sorgen, indem es vortheilhafter ist, dass das Kind sich an äusseres Geräusch, das nicht immer fern gehalten werden kann, gewöhne; d) dass es ungeschüttelt, ungerüttelt und ungewiegt schlafe; e) dass der Schlaf nicht plötzlich unterbrochen werde; f) dass das Kind stets rein und trocken gehalten werde, und die umgebende Luft rein sei; g) dass es täglich ein bis zwei Mal, im Anfange warm zu 28 — 30 ° R., später lauwarm und zu 20 — 25 ° R., so lange es unter zwei Jahren ist, niemals kalt, gebadet, wohl aber nach den ersten Monaten kalt gewaschen werde; h) dass es niemals gewiegt werde; i) dass es sich so viel und so früh als möglich, in warmer Sommerzeit, nachdem es 14 Tage alt ist, in rauhen Wintertagen, nachdem es 8 Wochen alt ist, in freier frischer Luft an Orten, wo nicht Zugwind herrscht, aufhalte; k) dass es im ersten Halbjahre nur von guter Milch genährt werde und niemals die verderblichen und ekelhaften Schnuller oder Lutscher erhalte; l) dass sein Körper und seine Glieder niemals eingezwängt und eingewickelt, sondern nur so umhüllt und locker umgeben werden, dass sie sich stets frei bewegen können; m) dass es zuweilen, wenn alle seine Bedürfnisse befriedigt sind, es nicht eingezwängt, nass oder leidend ist, in den ersten zwei Monaten sich ungestört und ruhig ausschreie (was versteht der Verf. unter einem ungestörten und ruhigen Sichausschreien? Ref.); n) dass es nicht stets und ununterbrochen auf dem Arme oder Schoosse geschaukelt, gerüttelt, geschüttelt und geklopft und mit Singen übertäubt werde; sondern o) dass es frühzeitig lerne, wenn seine Bedürfnisse befriedigt sind, sich einigermassen selbst zu genügen und allein zu liegen, und nachdem es über drei Monate ist, seine Sinne selbstständig zu üben und sich einigermassen selbst und mit sich selbst zu beschäftigen, p) damit es dadurch weniger seine physische Abhängigkeit fühle und sich zum Vorgeschmacke der Selbstständigkeit heranbilde, weil Kinder, die stets gewartet werden, weichlich, verzärtelt, launisch, gebieterisch, unselbstständig und für das spätere Leben unbrauchbar werden und sich stets an ihre Wärterinnen anhängen wollen; q) dass es um so mehr aber, nachdem seine Bedürfnisse befriedigt sind, frühzeitig einen ihm entgegen und über ihm stehenden Willen erkenne, der seinen oft schon nach den ersten Monaten

eintretenden Eigenwillen, Launen und Unarten entgegentrete, damit es frühzeitig seine moralische Abhängigkeit fühlen lerne; r) dass es stets freundlich und liebevoll, und nur, wenn es nöthig wird, ernst und streng, aber gütig und daher um so imponirender behandelt werde."

Alle diese Vorschriften sind vortrefflich, obwohl in den letztern vielleicht etwas zu viel Phantasie liegt; denn es bleibt sehr fraglich, ob in den ersten paar Monaten, — um welche es sich hier doch nur handelt, — ein Kind wirklich lernen kann, seine moralische Abhängigkeit zu fühlen. Ein blosses Gewöhnen des Kindes an ein bestimmtes regelmässiges Verhalten ist sehr vonnöthen, aber nur weil es dem Körper gut thut. Wir denken, dass die geistige Erziehung oder das Fühlen der moralischen Abhängigkeit zu früh noch ganz und gar nicht verwirklicht werden kann.

II. Von der Beschaffenheit einer guten Muttermilch (S. 582 — 595) und von der Wahl einer Säugeamme (S. 677 — 689). Wir bringen diese beiden Abschnitte, die nach dem systematischen Gange, den der Verf. nimmt, von einander getrennt sind, zusammen, weil ihnen viele Rücksichten gemeinsam angehören. — Das, was der Verf. über die Beschaffenheit einer guten Muttermilch zusammengestellt hat, ist so vortrefflich, dass auch der vollständigste Auszug kaum genügen wird. Indem wir die Leser hier auf das Werk selbst verweisen müssen, wollen wir nur einen Ueberblick zu geben versuchen. a) Physikalische Eigenschaften einer guten Milch: sie ist dünnflüssig, meist bläulich-weiss, in der Regel geruchlos, frisch jedoch etwas animalisch riechend, angenehm und etwas süsslich schmeckend, weder sauer, noch salzig, noch bitter; weder schleimig-zähe, noch so dünn wie Wasser, so dass ein Tropfen von dem schräge gehaltenen Fingernagel oder einer Glasplatte weder zu schnell noch zu träge abfliesst, sondern langsam ablaufend eine weissliche Spur hinterlässt; in reines kaltes Wasser getröpfelt, vermischt sie sich langsam in weissen Wolken mit ihm, wobei die fettigen Bestandtheile (Butterkügelchen) nach oben steigen, die schweren käsigen nach unten sinken. Die Milch ist specifisch schwerer als Wasser. — b) Chemisches Verhalten (Fr. Simon): Frauenmilch reagirt wie gute Kuhmilch, frisch stets alkalisch, absorbirt über 15 ° C. stehend Sauerstoff und wird dadurch allmälig sauer. Ihre Bestandtheile sind: Wasser, Kaseïn, Zucker, Butter, animalischer Extraktivstoff (Osmazom) und feuerbeständige Salze (Asche). — c) Mikroskopische Ergebnisse (Fr. Simon, Raspail, Donné): man sieht kleine Kügelchen in einer homogenen Flüssigkeit; erstere

sind Butterkügelchen, letztere ist eine klare Lösung des Milchzuckers und Käsestoffes; die Butterkügelchen sind entweder einzeln, oder in Gruppen zusammengehäuft. — Die erste Milch oder das Kolostrum ist reicher als die spätere Milch an festern Theilen, besonders an Zucker und Butter; Meggenhofen fand mehr Salze darin. Dieses grössere Verhältniss von Zucker, Butter und Salzen giebt dem Kolostrum die abführende, zugleich anregende und ernährende Eigenschaft für das Neugeborne. Nach und nach wandelt das Kolostrum sich in gewöhnliche Milch um; Donné nimmt dazu 20 Tage; der Verf. glaubt aber, dass sich überhaupt keine Zeit bestimmen lasse, sondern dass die Umwandlung nur allmälig geschehe. Donné will im Kolostrum neben den Butterkügelchen noch kleine Körperchen gesehen haben, die er *„corps granuleux"* nennt, die er aus Fett und Schleim zusammengesetzt glaubt, und von denen er annimmt, dass ihnen die abführende Eigenschaft zukomme; Fr. Simon leugnet das Vorkommen dieser besonderen *„corps granuleux"* neben den Butterkügelchen.

„Hieraus (aus den Untersuchungen von Fr. Simon) folgt, sagt der Verf., dass die überall in der Frauenmilch enthaltenen Körperchen durchaus nur Butterkügelchen sind, und dass die ganze von Donné auf seine *corps granuleux* erbauete Theorie, über die Beschaffenheit der Frauenmilch und des Kolostrum insbesondere, in ihr Nichts zusammensinkt. Da nun Donné ausserdem von der Annahme ausgeht, welche durch Meggenhofen und Simon's Analysen widerlegt wird, dass die Quantität Käsestoffs und Zuckers in gleichem Verhältnisse mit der der Butter stehe, dass jene mit der Butter in gleichem Verhältnisse zu- und abnehme, und dass man daher von der Menge der Kügelchen in der Milch auf die Güte und Nahrhaftigkeit derselben schliessen könne, und da die Menge der Kügelchen durchaus nur die Menge der Butter, keineswegs aber die des Kaseïns und des Milchzuckers anzeigt, so sind auch die Folgerungen, welche nach Donné aus mikroskopischen Untersuchungen über die Qualität der Milch aufgestellt worden, ohne allen festen Boden; denn Simon weist ganz besonders auf das Einleuchtendste nach, dass, während die Quantität von Käsestoff und Zucker stets in ziemlich gleichen Werthen wiederkehre, die Butter sich als durchaus veränderlich und ziemlich abhängig von der Ernährung zeige." — Durch die mikroskopische Untersuchung ist also nach diesen Ansichten auf die ernährende Eigenschaft der Milch nicht zu schliessen. Dieser Meinung scheint der Verf. zu sein, aber legt er auf die Angabe von Fr. Simon nicht vielleicht zu viel Gewicht? Wir

wissen, wie leicht Diejenigen, die darauf ausgehen, mit dem Mikroskope und im Laboratorium Neues zu entdecken, sich täuschen lassen. Alle, welche den verstorbenen Fr. Simon gekannt haben, haben mit Recht wegen seines Fleisses und seiner Tüchtigkeit ihn hoch verehrt, und auch Ref. gehört zu diesen; aber Allen ist auch wohlbekannt, wie sehr Vieles von dem, was er angegeben hat, mit einem gewissen Misstrauen aufzunehmen ist, da Mancherlei davon später sich durchaus nicht zu bestätigen pflegte. Hat also der Verf. den Angaben des Hrn. Donné keine andere gegenüber zu setzen als die von Fr. Simon, so ist noch die Frage, wer Recht hat. Hr. Donné gilt als ein sehr fleissiger, treuer und zuverlässiger Beobachter, der, wenn auch nicht im Laboratorium, doch mit dem Mikroskop dem verstorbenen Fr. Simon dreist sich gegenüber stellen konnte. Uebrigens hat Hr. Prof. Henle, einer unserer tüchtigsten Mikroskopisten, die vom Verf. nach Simon geläugneten „*corps granuleux*" des Kolostrums auch gesehen, und dann haben in neueren Zeiten Lebert, Dangau und Andere diese *corpora granulata* von den Butterkügelchen nicht nur unterschieden, sondern auch auf diese Unterscheidung die Tauglichkeit oder Untauglichkeit einer Amme begründet, und sie haben in der Praxis so bestimmte Resultate dadurch gewonnen, dass sie zu dem Schlusse gekommen sind; es müsse die Milch jeder Amme, bevor diese angenommen wird und falls während der Dauer der Laktation bei den Säuglingen Durchfälle und Abmagerung sich einstellen, mikroskopisch untersucht werden.

Auch in Bezug auf das Entwöhnen des Kindes giebt die mikroskopische Untersuchung der Milch einen bestimmteren Nachweis. Nach dem 7. Monate der Laktation soll die Milch, wie schon frühere Schriftsteller angenommen haben, weniger nahrhaft sein; Payen fand, dass die Milch nach dem 7. Monate weniger Butter, Käsestoff und Zucker enthält, und die neuesten mikroskopischen Untersuchungen haben wirklich gezeigt, dass die Milch gegen den 9. Monat im Allgemeinen arm an Butterkügelchen sich zeigt und wässrig wird, ohne jedoch die Natur des Kolostrums wieder anzunehmen. Damit stimmt, dass Kinder, wenn sie über den 8., 9. und 10. Monat hinaus gesäugt werden, von Unruhe, Durchfall, Fieber und Abmagerung befallen werden, ohne dass sich sonst ein Grund für diese Zufälle ergiebt. Der Verf. scheint aus diesen und aus andern Gründen dafür zu sein, unter gewöhnlichen Umständen die Kinder beim Eintritt des ersten Zahnes, gegen den 9. Monat, zu entwöhnen. Das Entwöhnen soll aber allmälig geschehen

und die Kinder schon während des Entwöhnens andere Nahrung dann und wann bekommen.

Wir übergehen den Abschnitt über das Auffüttern der Kinder, die nicht gesäugt werden können, da dieser Abschnitt nichts besonders Bemerkenswerthes enthält. Wir gelangen somit zum 3. Theile des Werkes, indem der 2. Theil, wie schon im Eingange erwähnt ist, nichts auf die Kinderpraxis Bezügliches in sich schliesst; der 3. Theil enthält die wichtigsten Krankheiten der Neugebornen, und wir finden uns deshalb hier mehr auf unserem Gebiete. Zuerst haben wir unser Bedauern auszudrücken, dass uns dieser Theil nicht so umfassend bearbeitet zu sein scheint, wie die andern beiden Theile. Manche Krankheiten der Neugebornen sind ganz übergangen, wie die Blausucht, die Syphilis der Neugebornen, die Spaltbildungen, die Verstopfung, die Schorfausschläge u. s. w. — Wir wollen aber das Gegebene kurz durchnehmen.

1. Scheintod Neugeborner. Der Verf. nimmt mit Busch drei Arten an: die *Asphyxia apoplectica, suffocatoria* und *nervosa*. Indessen ist diese Eintheilung, der auch Grenser das Wort redet, mehrseitig, und wie uns dünkt, mit Recht getadelt worden; denn, wenn ein Kind schon geathmet hat und ist dann durch irgend einen Einfluss während des letzten Aktes der Geburt erstickt und asphyktisch geworden, so wird es sich in demselben Zustande befinden, wie ein von Apoplexie befallenes und in Asphyxie versetztes Kind. Wenn auch die Lungen bei letzterm schon eine Veränderung erlitten haben, so ist doch das Wesen der Asphyxie in beiden Fällen dasselbe und auch die Hülfsmittel sind dieselben. Weit richtiger scheint uns der Unterschied in Asphyxie aus Blutstagnation (*Asphyxia per stasin sanguinis congesti;*) und in Asphyxie aus Lebensschwäche (*A. per debilitatem, atoniam*), — eine Eintheilung, die auch Hencke, Wendt und Casper anzunehmen scheinen, indem sie nur zwischen *A. apoplectica* und *A. syncoptica* unterscheiden. Neufeldt und Doherty in Dublin wollen, wie bei Erwachsenen, so auch bei Neugebornen zwischen *A. cerebralis, cardiaca* und *pulmonalis* unterschieden wissen, je nachdem die Ursache im Gehirn, Herzen oder den Lungen sich befindet. Meissner leitet den Scheintod entweder von Oppression des Gehirns oder von Störungen des Gefässsystems ab, nimmt aber auch zugleich den von Jörg angegebenen Scheintod aus Mangel an Oxygen, (oder vielmehr aus mangelnder Ausdehnbarkeit und Erweiterung der Lungenzellen), der *Atelectasis pulmonum* genannt worden, an. — Sehr gut ist die Behandlung scheintodtgeborner

Kinder vom Verf. zusammengestellt, und wir müssen hier auf das Werk selber verweisen.

2. Kopfgeschwülste der Neugebornen. Dieser Abschnitt ist ebenfalls sehr gut zusammengestellt; man bekömmt eine sehr vollständige Einsicht in die verschiedenen Meinungen über die Behandlung des Kephalämatoms, und es ist wohl erörtert, in wie fern die Behandlung durch zertheilende Umschläge, durch Kompression oder durch den Schnitt den Vorzug verdient. Der Verf. schliesst mit folgenden Worten: „In den allermeisten Fällen der Kopfblutgeschwülste möchte es sich als vollkommen ausreichend erweisen, wenn man dieselbe, so lange Hitze, Kongestion und schmerzhafte Spannung bemerkbar sind, mit gehörig ausgerungenen, oft zu erneuernden kalten Kompressen von der Grösse der Geschwulst, ausserdem aber mit Kompressen, mit Essig und Wasser, oder mit Kamillenthee befeuchtet, und nur wo stärkere Belebung nöthig erscheint, mit Ueberschlägen von *Infusum Arnicae* oder mit der von Halma-Grand und Graefe gerühmten Salmiaksolution fomentirt, und wo sich diese Mittel unwirksam erweisen, nach 4 — 8 Tagen durch einen entsprechenden, nicht zu kleinen Längenschnitt eröffnet.

3. Die Atresieen und das Angewachsensein der Zunge bei Neugebornen. Dieser Abschnitt ist etwas dürftig abgehandelt, namentlich für die Atresieen des Afters viel weniger vom Verf. bedacht, als dieser wichtige Gegenstand wohl erheischt. Bei Verschliessung der Harnröhre hätte das Hypospadias und Epispadias erwähnt werden können; dagegen hat sich der Verf. lange bei dem sogenannten Angewachsensein der Zunge aufgehalten. Bei den Atresieen der Vagina, welche der Verf. mit kaum 5 Zeilen abfertigt, fühlten wir, dass er überhaupt die Missbilnungen der Geschlechtstheile mit Unrecht ganz unerwähnt gelassen hat. Er hätte daraus, wie aus den verschiedenen Missbildungen, die, ohne eigentlich auffallende Monstrositäten zu bilden, wohl Gegenstand der Sorge und des Nachdenkens des Geburtshelfers werden können, einen besonderen Abschnitt machen müssen. Wir rechnen hierher die sogenannte Inversion der Harnblase, die anscheinenden Zwitterbildungen der Geschlechtstheile, wodurch oft die Bestimmung des Geschlechts des Kindes zweifelhaft wird, — und ferner die Haasenscharte und den gespaltenen Gaumen, wodurch das Saugen verhindert wird.

4. Die Nabelbrüche und andere Krankheiten des Na-

bels. Auch dieser Abschnitt ist sehr kurz weggekommen, und vielleicht hätte hier der angebornen Leistenbrüche gedacht werden können.

5. Die Aphthen, der Soor und die Exkoriationen der Neugebornen. Hier finden wir wieder zwar eine kurze, aber recht bündige Zusammenstellung, die dem praktischen Arzte gewiss genügen wird.

6. Die Gelbsucht der Neugebornen. — Ebenfalls brauchbar abgehandelt.

7. Die Rose der Neugebornen, und 8. die Zellgewebsverhärtung derselben. Diese beiden Abschnitte sind zwar vom Verf. recht umsichtig behandelt, aber wir hätten doch gewünscht, dass er mehr die neueren ausländischen Autoren dabei zu Hülfe genommen hätte.

Auch die beiden letzten Abschnitte, namentlich der von den Durchfällen, Koliken, Krämpfen, so wie die über die Augenentzündung der Neugebornen, lassen allerlei zu wünschen übrig, obwohl man an ihnen auch die praktische Tendenz, welche dem ganzen Buche zu Grunde liegt, nicht vermisst.

Im Allgemeinen wiederholen wir, was wir im Eingange dieser kurzen, allerdings nicht ganz durchgreifenden Analyse gesagt haben, nämlich, dass das Werk dem praktischen Arzte zu empfehlen ist, und dass in einer zweiten Auflage der Verf. nur noch mehrere neuere Schriften deutscher und ausländischer Autoren zu Rathe zu ziehen und in seinen Zitaten etwas vollständiger und genauer zu sein braucht, um ein vollkommen dem Bedürfnisse entsprechendes Werk darzustellen.

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Ueber den Einfluss der Rhachitis auf die Frakturen der Kinder.

„Nach einer statistischen Uebersicht von ungefähr 80 Fällen von Frakturen bei Kindern, welche durchschnittlich im Laufe eines Jahres uns vorkommen, betreffen etwa 25 — 30 Fälle, also ungefähr ein

Drittel, Kinder, die rhachitisch sind. Welches sind nun die Umstände, wodurch rhachitische Kinder besonders zu Frakturen prädisponirt werden? Es giebt zwei Umstände: 1) die anatomische Struktur der rhachitischen Knochen und 2) die grosse Schwäche des ganzen Körpers. Wir wollen diese beiden Umstände näher in Betracht ziehen.

1. Was zuvörderst die anatomische Struktur der rhachitischen Knochen betrifft, so ist sie verschieden nach dem Grade der Krankheit. Im ersten Grade ist die schwammige Textur der Knochen überfüllt mit Blut; es zeigt sich diese Gefässüberfüllung besonders an den knochigen Enden, welche äusserst angeschwollen sind. Im zweiten Grade entwickelt sich das Gefässsystem noch weiter; das zellige Gewebe nimmt zu, die kompakte Substanz verdünnt sich, der Markkanal wird weiter, die Knochen haben geringere Festigkeit, verändern ihre Form und zeigen oft Krümmungen nach verschiedenen Richtungen. Der dritte Grad endlich charakterisirt sich zuvörderst durch einen Stillstand und dann durch eine wirkliche Besserung; die zellige Substanz der Knochen ist nicht so gefässreich, die kompakte Schicht verdickt sich, die Knochen bekommen etwas mehr Konsistenz. In allen diesen Gradationen zeigen sich die Knochen brüchig, und zwar beruht die grosse Brüchigkeit derselben theils auf der Entwickelung des Markkanals und des Zellgewebes im Gegensatze zu der Abnahme der kompakten Substanz, und andrerseits auf der Verminderung der Kalkablagerung im Gegensatze zu dem zunehmenden Verhältnisse der Knochengallerte. Einigermaassen finden diese üblen Verhältnisse eine Art Ausgleichung durch die grosse Dicke des Periosts, das bei Kindern überhaupt dicker ist als bei Erwachsenen, und besonders bei rhachitischen Kindern verdickt gefunden wird.

2. Die grosse Schwäche rhachitischer Kinder bewirkt, dass sie nur sehr schwerfällig gehen und sehr häufig fallen. Bei rhachitischen Kindern bemerkt man daher auch die Frakturen besonders an den unteren Gliedmaassen. Welches sind die Symptome einer Fraktur bei Rhachitischen? Welches ist die Prognose und die Behandlung?

Die Symptome zeigen sich von denen, die man allgemein antrifft, in manchem Betrachte verschieden. Man bemerkt sehr häufig gar keine Krepitation in Folge der Weichheit der Knochen, und oft keine Deformität des Gliedes in Folge der dicken Scheide, welche das Periost bildet, und selbst wenn Deformität vorhanden ist, ist man meistens in Verlegenheit, sie von den Verkrümmungen zu unterscheiden, die bei Rhachitischen so häufig sind. Nur 2 Charaktere sind vorhanden, näm-

lich: 1) die abnorme Beweglichkeit, welche jedoch durch die grössere Resistenz des Periosts auffallend beschränkt ist, und 2) durch die Biegsamkeit des Gliedes an der Bruchstelle.

Ist die Fraktur verkannt, oder ist der Wundarzt zu spät gerufen worden, und der Kranke sich selbst überlassen geblieben, so treten diese Symptome allerdings meistens viel deutlicher hervor. Das Periost wird durchrissen; eine grössere Deformität, ein Reiten der Bruchenden über einander und selbst Krepitation macht sich bemerklich, wenn nämlich die Rhachitis nicht zu sehr vorgerückt ist. Auch sind die Symptome lange nach dem Zufalle noch wahrnehmbar. Die Beweglichkeit dauert fort, man findet sie oft noch 14 Tage nach geschehenem Bruche, während bei einem gesunden Kinde um diese Zeit eine knochige Verwachsung mit oder ohne Deformität stattgefunden hat. Diese Langsamkeit in dem Verschwinden der Symptome führt uns zur Prognose der Frakturen Rhachitischer.

Im Allgemeinen lässt sich der Satz aufstellen, dass, je weiter die Rhachitis vorgerückt ist, desto langsamer der Heilungsprozess und desto später folglich die Konsolidation eintritt. Ausser diesem direkten Einflusse der Rhachitis auf den Verlauf der Frakturen giebt es noch einige andere, die bei der Prognose mit in Anschlag kommen. Die rhachitischen Kinder sind prädisponirt zu Pneumonieen, Bronchialkatarrhen, Ausschlägen u. s. w. Sobald einer dieser Zufälle eintritt, so wird die Heilung der Fraktur nur noch mehr verzögert, und nicht selten dauert es in solchen Fällen nicht blos 30 — 40 Tage, ehe die Konsolidation geschieht, sondern 3, 4 — 6 Monate.

In Bezug auf die Behandlung dienen, wenn keine andere Krankheit als die Rhachitis vorhanden ist, eine einfache Rollbinde um das ganze Glied und ausserdem 3 — 4 kleine Schienen um die Bruchstelle, welche dort durch einige Bindengänge festgehalten werden. Man muss hier ganz besonders dafür sorgen, dass die Schienen nicht auf die Knochenvorsprünge sich stützen, weil Exkoriationen hier um so leichter geschehen würden, als die Knochenenden meist sehr geschwollen sind. Zuletzt wird um das Glied ein Stück Wachstaffent umgelegt, um gegen den Urin, wenn die Kinder einpissen, den Verband, so wie die Haut zu schützen. Alle übrigen Apparate sind unnütz und meist verwerflich; der unbewegliche Apparat passt nicht, weil er gar zu leicht benetzt und erweicht wird; eben so wenig passt der Scultet'sche Verband, weil er bei Kindern weniger leistet als bei Erwachsenen.

Die allgemeine Behandlung besteht vorzüglich, wie die Rhachitis

sie erfordert, in einer guten und tonischen Kost. Man hat seit einiger Zeit behauptet, dass solche Kost nicht recht passend sei, dass im Gegentheil eine mehlhaltige Nahrung den Rhachitischen zukomme, weil diejenigen, welchen man eine tonische Kost vorschreibt, sie oft nicht ertragen konnten, und von Enteritis und Diarrhoe ergriffen wurden. Hierauf antworten wir aber: 1) dass die Klasse, in der man besonders die Rhachitis findet, gerade eine solche ist, deren Kost vorzugsweise aus Gemüsen besteht, und dass die Krankheit im Gegentheile bei den Wohlhabenden selten ist, wo die Kinder im Allgemeinen einer tonischen Nahrung unterworfen sind, und dass es also natürlich erscheint, eine Krankheit dadurch zu bekämpfen, dass man das Subjekt in diejenigen Umstände versetzt, in welchen man diese Krankheit nicht antrifft; 2) dass, wenn die tonische Nahrung ein übles Resultat herbeiführt, dies wohl hauptsächlich daran liegt, dass man den Kranken zu plötzlich aus einem Zustande in den andern bringt, weil der Magen erst an jede Veränderung gewöhnt werden muss.

Es braucht nicht gesagt zu werden, dass, wenn Komplikationen, wie Pneumonie, Masern, Scharlach u. s. w., eintreten, man sie vor Allem behandeln und den Apparat liegen lassen muss.

Ueberhaupt muss man sich in Bezug auf die Dauer, wie lange der Apparat zu liegen habe, des langsamen Ganges dieser Frakturen erinnern, und nicht mit Uebereilung handeln. Wir haben in unserer Klinik sehr viele Beispiele von verzögerter Konsolidation gehabt. So haben wir jetzt eine Fraktur, die 33 Tage besteht und mit Masern und mit Lungenkatarrh komplizirt ist, ferner eine Fraktur, die 29 Tage besteht, ohne dass Konsolidation eingetreten ist. Als allgemeine Regel bei Rhachitischen kann man annehmen, dass der Apparat zwischen dem 35. — 40. Tage abzunehmen ist. Zieht sich die Heilung der Fraktur in die Länge, so verbinden wir mit der tonischen Behandlung den Gebrauch des Leberthrans und des Jodkaliums. Diese Medikation scheint vortheilhaft auf die Konstitution zu wirken und folglich die Konsolidation der Fraktur zu beeilen.

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Vater).

Die Bright'sche Krankheit verbunden mit organischem Herzleiden.

Im Juli vorig. Jahr. betrat ein Knabe, 12 Jahre alt, das Hospital. Nach den Angaben der Mutter ist er niemals recht gesund gewesen; seit seiner frühesten Kindheit hat er an Oppression und Erstickungszufällen gelitten, welche besonders dann eintraten, wenn er gespielt oder sich stark bewegt hatte. Niemals zeigte er eine bläuliche Färbung des Antlitzes, bisweilen jedoch etwas Gedunsenheit; erst seit 2 Jahren waren die Zufälle rascher vorgeschritten. Die Schwierigkeit beim Athmen wurde fast anhaltend und des Abends beim Niederlegen waren die Beine der Sitz eines geringen Oedems, welches während der Nacht verschwand; aber seit 4 Monaten ist auch dieses permanent geworden, und seit 3 Monaten ist das Gesicht, nachdem ein heftiger Kopfschmerz, der 8 Tage dauerte, vorangegangen war, sehr gedunsen. Einige Zeit nachher wurde der Hodensack ödematös, und erst seit 3 Wochen klagt der Knabe über Palpitationen und hat einen trocknen *Husten*, der jedoch seit 10 Tagen sich verschlimmert hat. Uebrigens hatte der Knabe keine andere Krankheit überstanden als die Masern; in seiner Behausung hatte er nur einige Eisenpräparate genommen, und man hatte ihm einige Blutegel an den After gesetzt.

Dieses ist die vorangegangene Geschichte des Knaben, und bei seinem Eintritt ins Krankenhaus zeigte er folgenden Zustand: enorme Aufgetriebenheit des Antlitzes, Infiltration der Augenlider, so dass die Augen fast verborgen waren; die Haut von einer mattweissen Farbe; die Beine und der Hodensack ödematös, welches Oedem sich bis zum hinteren Theile des Rumpfes erstreckt; der Bauch gedunsen und schwappend, besonders nach den Leistengegenden zu, bei den Nierengegenden beim Druck etwas empfindlich; der Urin zeigt mit Salpetersäure vermischt und beim Kochen eine enorme Menge Albumen; der Kranke hatte noch Appetit und die Digestion geschah auf normale Weise; die Dyspnoe war sehr bedeutend; in der Herzgegend ein ziemlich lebhafter Schmerz; der Puls 88 in der Minute, unregelmässig und ungleich. Die Brusthöhle mit Ausnahme der Herzgegend ergab bei der Perkussion durchaus keinen matten Ton, aber überall hörte man

ein pfeifendes und schnarchendes Rasseln, hier und da mit Schleimrasseln gemischt.

Die Untersuchung der Herzgegend hat folgende Resultate gewährt: Mittelst der Perkussion gemessen erstreckte sich diese Gegend von der Spitze bis zur Basis 90 Millimeter auf eine Höhe von 85 Millimetern. Das Herz hatte eine quere Lage, so dass es sich zwischen dem unteren Rande der zweiten linken Rippe und dem unteren Theile der vierten Rippe befand, unter welcher die Spitze des Herzens befindlich war und 2½ Zoll von der Axe des Brustbeins abstand. Es erstreckte sich das Herz unterm Brustbein bis zum rechten Rande dieses Knochens und aufwärts bis ½ Zoll vom obern Ende desselben. Der Anschlag des Herzens war stark, zunehmend und über die ganze Herzgegend ausgedehnt. An der Spitze vernahm man das erste Geräusch, worauf man fast sogleich einen Blasebalgton oder ein Pusten vernahm, das man unter dem Brustbein, besonders unter dem unteren Theile desselben auch noch hörte, das sich aber keinesweges bis in die grossen Gefässe erstreckte. Das zweite Geräusch war sehr schwach unter dem Brustbein; erst gegen den oberen und rechten Theil dieses Knochens macht es sich vernehmlich. Die Halsvenen waren sehr erweitert und schienen ein wenig zu pulsiren. Nach allem diesem wurde folgende Diagnose gestellt: beträchtliche Hypertrophie der linken Herzkammer, vermuthlich angebornes und lange bestehendes organisches Leiden des Herzens, bestehend in Unzulänglichkeit einer der Aurikulo-Ventrikularklappen und wahrscheinlich der Mitralklappe. Verordnet wurden dem Knaben: Nitrum in einem *Decoctum Taraxaci;* trocknes Reiben mit geräuchertem Flanell; fliegendes Blasenpflaster auf die Herzgegend. Nach drei Tagen hatte der Kranke eine Ohnmacht bei eiskalten Gliedmaassen, und nachdem die Wassersucht, namentlich die Wassersammlung im Bauche ungemein zugenommen hatte, sank der Kranke endlich zusammen.

Leichenschau. Die Wassersucht war allgemein; das Bauchfell enthielt eine sehr grosse Menge von Serum; die beiden Pleuren enthielten ebenfalls etwas Serum; die Lungen waren ödematös; die Leber mittelgross, lederfarbig, von granulösem Ansehn, zeigte eine merkliche Atrophie ihres Gefässapparats. Die beiden Nieren waren bis zu dem Grade der Veränderung gelangt, welche man den dritten Grad der Bright'schen Krankheit genannt hat. Die Rindensubstanz der Niere war farblos und granulirt, während die Kegel der Nieren-

substanz eine dunkle Röthe zeigten; äusserlich erschienen die Nieren grauweiss gefärbt und schwarz punktirt.

Das Herz, seines Blutgerinnsels entledigt, wog 183 Grammen; es hatte vom Ursprung der grossen Gefässe bis zur Spitze eine Länge von 80 Millimetern, in der Quere trug es 92 Millimeter. Der linke Ventrikel wird sehr hypertrophisch, aber nicht dilatirt. Seine Wandungen betrugen 12 Millimeter an der Basis und 4 Millimeter an der Spitze. Die Mitralklappe zeigte einige halb durchsichtige Granulationen ohne Verdickung, aber der hintere Pfeiler löste sich nicht von dem unteren und hinteren Theile des Ventrikels los, wie es gewöhnlich geschieht, sondern von der Mitte der hinteren Wand, so dass diese Klappe sehr nach hinten gedrängt, und die Ventrikelscheidewand von vorn nach hinten merklich verlängert war. Die bemerkenswertheste Veränderung aber war ein ovales Loch in der Ventrikelscheidewand; es befand sich etwa 5 Millimeter unterhalb der rechten und hinteren Vertiefung des Aorteneinganges. Dieses Loch war 8 Millimeter lang und 2½ breit; seine Ränder waren unregelmässig und gefranzt; eine in dieses Loch gebrachte Sonde führte durch einen schiefen Gang unterhalb der Trikuspidalklappe und hinter diese Klappe bis zum rechten Ventrikel, wo das Loch etwas enger war als im linken. Am oberen Rande des Loches fand man einige Knochenschuppen dicht unter dem Endokardium, welche Membram sich durch den abnormen Gang durchzog und sich mit derselben Membran des rechten Ventrikels verband. Man konnte dieses deutlich mit der Lupe sehen; in ihrem ganzen Verlaufe war sie mit kleinen zitzenarttgen Granulationen bedeckt. Die Trikuspidalklappe war krank; ihr freier Rand und ihr unterer Theil waren mit vielen weichen und fasrigen Vegetationen besetzt, welche mit den Pflanzenhärchen einige Aehnlichkeit darboten. Der rechte Ventrikel war aber nicht hypertrophisch. Die Mündungen des Herzens in sich waren überall normal, nur die Mündung der Lungenarterie schien etwas erweitert zu sein.

Dieser eben mitgetheilte Fall ist offenbar in vielfacher Hinsicht von grossem Interesse. Zuvörderst dient er als Beispiel einer sehr seltenen Abnormität, nämlich einer Durchlöcherung der Ventrikelscheidewand ohne gleichzeitige Veränderung der Herzmündungen. Dann zeigte diese Perforation Eigenthümlichkeiten, die man sonst nicht wiederfindet; sie sass mehrere Millimeter unterhalb der Aortenmündungen, während diese Perforationen meistens fast ganz dicht unterhalb der genannten Mündungen liegen; sie war mehr nach hinten gelegen, als

es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, und führte das Blut unterhalb des Bogens der Trikuspidalklappe hinweg, während sie sonst das Blut in das Infundibulum des rechten Ventrikels zu führen pflegt. Sie führte in einen schiefen Gang, während sie sonst nur ein einfaches Loch darzubieten pflegt; sie war endlich noch mit Vegetationen bedeckt, die viel entwickelter waren, da wo das Blut aus dem linken Ventrikel in den rechten drang. Trotz der Perforation der Ventrikelscheidewand zeigte das Kind doch niemals Blausucht, ein Umstand, der zu Gunsten der Ansicht Derjenigen spricht, welche mit Louis annehmen, dass die Veränderungen der Mündungen in der Hervorrufung der bläulichen Hautfarbe die grösste Rolle spielen. Was den Blasebalgton betrifft, den man während des Lebens gehört hat, so kann er wohl nicht gut auf das Durchstreben des Blutes durch die abnorme Oeffnung bezogen werden, da dieser Blasebalgton mit der Kontraktion der Ventrikeln zusammentraf, und da die Stellung der Klappen eine solche war, dass sie im Augenblicke der Kontraktion diese Oeffnung fast gänzlich schliessen musste. Uebrigens hinderten die Vegetationen an der Trikuspidalklappe offenbar die völlige Verschliessung der Mündung, so dass der Rückfluss des Blutes dieses Blasebalggeräusch auf eine befriedigende Weise erklärt.

Indem wir diesen Fall angeborne Perforation der Ventrikelscheischeidewand nennen, haben wir uns ebenso durch das anatomische Verhältniss als durch die Antecedenzien des Kranken bestimmen lassen. Die Verlängerung des Endokardiums durch den abnormen Gang und, ihr Zusammenhang mit derselben Membran des anderen Ventrikels ohne irgend eine Demarkationslinie, bezeugt vorzüglich das Angeborensein der Krankheit. Es bedarf alsdann der Umstand, dass das Kind von Jugend auf an Athmungsbeschwerden gelitten hatte, keiner weiteren Erklärung.

Wir haben zum Schlusse noch an das Zusammentreffen der Brightschen Krankheit mit dem Herzübel zu denken; allein dieses Zusammentreffen, obwohl von Christison, Gregory und Rayer mehrfach erörtert, ist bis jetzt doch seinem Wesen nach gänzlich unbekannt. Das nun lehrt dieser Fall, dass auch bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen die Herzübel auf die Nieren einen Einfluss ausüben.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Ueber das gleichzeitige Vorkommen der Variole und Vakzine bei einem Kinde, ohne dass beide Krankheiten einander störten.

Der folgende Fall aus dem *Journal de Tours* beweist, dass das Vakzinegift und das Variolgift keineswegs, wenn sie sich treffen, einander zerstören, sondern dass sie neben einander verlaufen können. In Rabastens herrschten die Pocken, als Hr. Beranguer ein 18monatliches Kind impfte. Dieses sonst kräftige Kind wurde von einer Flechteneruption bedeckt, welche nicht nur den Rumpf, sondern auch die Gliedmaassen überzog; nur die Kopfhaut allein war ausgenommen. Nichts vermochte die Heftigkeit dieser Eruption zu beruhigen, und theils um das Kind vor den Pocken zu schützen, theils auch um vielleicht auf das chronische Hautleiden modifizirend zu wirken, nahm Hr. B. die Impfung vor. Zugleich mit diesem Kinde wurden 8 andere Kinder geimpft und zwar mit derselben Lymphe; alle 8 hatten gute Vakzinepusteln, ohne den geringsten Zufall. Hr. B. besuchte die Kinder jeden 4. Tag und bemerkte an dem erstgenannten Mädchen an den Impfstellen eine *leichte* Röthung, welche zeigte, dass die Impfung gelungen war. Am 12. Tage nach der Impfung fand Hr. B. eine wahre konfluirende Variole, welche nur die beiden Arme einnahm, und oben nicht über das Akromion hinüber und unten nicht unter den Ellbogen hinab sich erstreckte. Ueber diese Grenze hinaus sah man nur zerstreute Pusteln und Krusten. Am rechten Arm war die Annäherung der Pusteln so gross, dass man nur einen einzigen Eiterheerd erblickt. Indessen waren alle Pusteln mit der kleinen Kute versehen, und hatten überhaupt alle Charaktere der Variolpusteln. Sonderbar war es aber, dass die Impfpusteln inmitten dieser Variolpusteln sich vollständig entwickelt hatten. Am rechten Arm war nur eine Impfpustel gekommen, am linken Arm aber zwei; sie waren grösser, ausgedehnter und weisser als die umgebenden Variolpusteln; sie unterschieden sich von ihnen so deutlich, dass selbst die Umgebung darauf aufmerksam wurde; die Vakzine hatte also eine Art Anziehungskraft auf die Variole ausgeübt, denn letztere schien durch erstere fast ganz nach den Armen hingezogen worden zu sein. Interessant war auch noch, dass auf den Flechtenausschlag die Pockeneruption einen guten Einfluss gehabt hat; der Bauch, die

Beine und der untere Theil des Antlitzes waren von dem Flechtenausschlag vollkommen befreit, das Jucken war nicht so stark, aber es war grosses Fieber vorhanden. Etwa 2 Tage später begann die Vertrocknung der zerstreuten Variolpusteln. Die beiden Vakzinepusteln des linken Armes sind in der Mitte braun, und scheinen, mit den benachbarten Pockenpusteln verglichen, während des Vertrocknens ihren nabelförmigen Eindruck länger bewahren zu wollen. Noch 5 Tage später oder am 19. Tage nach der Einimpfung sieht man nur noch braune und harte Krusten; die Krusten der Vakzinepusteln sind in der Mitte eingedrückt; die der übrigen Pusteln dagegen sind flach. Nach 4 Wochen sieht man nur noch rothe Flecke, aber auf dem linken Arm deutlich die Narben der Impfpusteln, die sich von denen in der Variolpustel in der Form unterscheiden. Der Flechtenausschlag war ganz verschwunden.

---

2. Ueber den Gebrauch des durch Zusätze verstärkten Seewassers gegen Skropheln.

In einer neuen spanischen Zeitschrift: *Boletin di Medicina, Cirujia y Farmacia* finden wir einen Aufsatz von Dr. Nardo über den äusserlichen und innerlichen Gebrauch des Seewassers gegen Skropheln. Er hat, behauptet er, seit 4 Jahren das Seewasser gegen die genannte Krankheit äusserlich und innerlich angewendet und zwar mit dem grössten Erfolge. In der That lässt der Gehalt an Natron-, Kalk- und Magnesiasalzen, welche sich im Seewasser aufgelöst befinden, besonders aber der grosse Antheil an organischen Stoffen, welche das Resultat der steten Zersetzung von Pflanzen und Thieren sind, eine grosse Wirksamkeit erwarten. Da auch die Algen und andere Seegewächse gewisse heilsame Stoffe, namentlich Jod enthalten, welches bekanntlich eins der vorzüglichsten Mittel gegen Skropheln ist, so kam es Hrn. Nardo darauf an, alle diese arzneilichen Elemente, welche im Seewasser sehr zerstreut sind, mehr zu konzentriren. Zuerst versuchte er eine Abkochung der genannten Seepflanzen in Meerwasser, aber es wurde dies Präparat zu kospielig und schien auch durch das Kochen an Wirksamkeit verloren zu haben. Deshalb kam er auf den Gedanken, so sehr als möglich die langsameren Prozesse der Natur nachzuahmen, welche an flachen Stellen, die mit Algen gefüllt und den Sonnenstrahlen ausgesetzt sind, vor sich zu gehen pflegen.

Das Seewasser solcher Stellen unterscheidet sich sehr an Geruch und Geschmack von dem tiefer Stellen. Er verfährt auf folgende Weise: eine gewisse Menge Algen, der See entnommen, werden einige Stunden in Seewasser mazerirt und der Sonnenhitze und dem Lichte ausgesetzt. Diese Mazeration wird so lange fortgesetzt, bis die Flüssigkeit einen so kräftigen Seegeruch und Seegeschmack erlangt hat, dass der gehörige Grad von Saturation dadurch sich manifestirt. Die Algen müssen frisch sein und das Gefäss eine sehr grosse weite Fläche den Sonnenstrahlen darbieten. Solches mit den heilsamen Prinzipien der Algen geschwängertes Seewasser wird skrophulösen Kindern theils innerlich, theils in Bädern gegeben. Ein an hartnäckiger skrophulöser Ophthalmie leidender Knabe, 10 Jahre alt, welcher vergeblich durch die verschiedensten Mittel behandelt worden war, wurde schnell und dauernd durch den Gebrauch von $1\frac{1}{2}$ Unze gewöhnlichen Seewassers, dreimal täglich, geheilt. Bemerken müssen wir, dass dem Knaben auch ein Haarseil gelegt worden und dass es fraglich ist, ob die Heilung nicht diesem am meisten beizumessen.

---

3. Ueber Hämoptoe bei ganz kleinen Kindern.

Dr. Morris hat in den *Transactions* des *College of Physicians* in Philadelphia zwei sehr interessante Fälle von Hämoptoe bei ganz kleinen Kindern mitgetheilt. Die Kinder waren drei Monate alt. Der erste Fall betraf ein Knäbchen, einen Zwilling, kräftig gebauet und von guter Gesundheit bis zum Augenblicke des Anfalles. Die Mutter, eine Frau von ungewöhnlicher Energie und kräftigem Urtheile, berichtete, dass das Kind an einem Anfalle von Kolik und Diarrhoe gelitten, welcher längere Zeit angedauert. Die Ausleerungen waren häufig, grün und schleimig; das Kind hatte viel Hitze und Durst; der Bauch war welk und das Antlitz angstvoll; das Kind schrie sehr oft und zwar in einem sehr klagenden Tone. Die gewöhnlichen Mittel wurden auch hier angewendet, nämlich Kataplasmen auf den Bauch, Kalomel und Rizinusöl. Durch diese Mittel wurde das Kind allerdings gebessert, obwohl die Haut heiss blieb und das Fieber andauerte. Gegen den 3. Tag zeigte die Mutter dem Arzte des Kindes Halstuch, das ganz mit Blut befleckt war, indem sie versicherte, dass das Kind das Blut ausgespieen habe. Der Arzt untersuchte die Brustwarzen der Mutter, indem er von daher das Blut ausgesogen glaubte, fand aber

nichts; auch im Munde und am Zahnfleische des Kindes fand er nichts Ungewöhnliches; nur am Isthmus des Rachens ein kleines Geschwür, welches er für die Quelle der Blutung hielt. Am folgenden Morgen zeigte die Mutter ein Handtuch, das vom Kinde mit Blut vollgespieen war. Ein anderer Arzt, Dr. Meigs, der herbeigerufen worden, bezweifelte auch, dass ein so kleines Kind wirkliches Blutspeien haben könne, und da die Mutter zu gebildet war, um eine Täuschung oder einen Betrug annehmen zu können, so untersuchte er auf das Sorgfältigste ihre Brüste, fand aber nichts. Das Kind zeigte durchaus keine Veränderung in der Respiration, auch nicht den geringsten Husten. Nachdem die Diarrhoe in verschiedenem Grade noch einige Tage angedauert hatte, versank es in Koma, bekam Konvulsionen und starb. — Leichenschau: Körper bleich aussehend; Hände und Füsse von bläulicher Farbe; eben so alle abhängigen Parthieen gefärbt; nur geringe Abmagerung. Mund und Nase angefüllt mit einer schaumigen, röthlich-weissen Flüssigkeit, die aus diesen Höhlen reichlich ausfloss, wenn man den Körper gehörig lagerte. Gehirn, hinterer Theil des Mundes und Rachens nicht untersucht. Larynx vollkommen gesund. Die Schleimhaut der Luftröhre und der Bronchialröhren bis zu ihrer 4. oder 5. Verästelung war geröthet und in den Bronchialröhren etwas verdickt, aber überall frei von falscher Membran oder einer zähen Sekretion irgend einer Art. Die untere Portion beider Lungen weich und krepitirend, sondern eine grosse Menge einer farblosen, serösen Flüssigkeit enthaltend. Der untere Lappen der linken Lunge war von lebhaft rother Farbe, enthielt eine sehr kleine Menge Luft und nur wenig Serum; die Konsistenz der Texturen war wenig verändert. Die rechte Lunge hatte dieselbe hellrothe Farbe in ihren mittlern und untern Lappen; die Konsistenz dieser beiden Lappen war vermindert, besonders der mittlere, und die grössere Portion dieses Lappens sank in Wasser von mittlerer Temperatur unter. Es fand sich in den Lungen weder Eiter noch Induration; eben so wenig Adhäsion zwischen den Pleurablättern, oder Ergiessung in die Pleurasäcke. Beide Lungen waren ausgedehnt. Nirgends Tuberkeln in den Lungen oder in den Bronchialröhren. Das Herz sah gesund aus; das *Foramen ovale* offen. Die Unterleibsorgane zeigten auch nicht die allergeringste Veränderung. — Nach Verlauf einer Woche wurde der noch lebende Zwillingsknabe ganz in denselben Zustand versetzt; dieselben Symptome. Durch den vorangegangenen Fall über das wirkliche Vorkommen von Hämoptoe bei so kleinen Kindern belehrt, wurde nun der Thorax genau

untersucht. Mit grosser Schwierigkeit in Folge der grossen Unruhe des Kindes erkannte Hr. M. am hintern Theile des untern Lappens der rechten Lunge beim Anklopfen einen matten Ton und hörte daselbst ein geringes Schleimrasseln. Die Menge des Blutes, welche das Kind entleerte, war beträchtlich, obwohl nicht so bedeutend, wie bei dem ersten Kinde. Diesmal wurde auch ein ganz anderes Verfahren eingeleitet: kleine Schröpfköpfe auf den Rücken; 2 Unzen Blut wurden entzogen; Kalomel in kleinen Gaben und kühlendes Getränk. Schon nach 2 Tagen war das Kind genesen.

---

4. Ueber chronische Tracheitis im kindlichen Alter und über die vortreffliche Wirkung einer mit heissen Dämpfen gefüllten Atmosphäre bei Athmungsleiden der Kinder.

Im *Provincial medical and surgical Journal* beschreibt Dr. Durant einen Fall von vernachlässigter Tracheitis bei einem kleinen Mädchen, welches etwa am 14. Tage starb. Man hatte nämlich nichts weiter gethan, als in heisses Wasser getauchten Flanell um den Hals zu legen, und als Hr. D. dazu kam, versuchte er noch Kalomel mit Brechweinstein *refracta dosi,* ferner Erfüllung des Zimmers mit heissen Dämpfen. Der Tod wurde nicht aufgehalten. Leichenschau: Schleimhaut des Larynx und der Trachea sehr roth und trocken; drei erodirte Stellen, offenbar Zeichen einer beginnenden Ulzeration, auf der Schleimhaut der Luftröhre dicht über der Bifurkation; die Bronchialröhren injizirt und mit blutigem Schleime gefüllt; rechte Lunge gesund; Leber hoch oben in die rechte Pleura hineinragend; das untere Viertel der linken Lunge hepatisirt; die Spitze dieser Lunge mit einigen erweichten Tuberkeln versehen; linke Rippenpleura mit einer frisch ergossenen Lymphschicht bedeckt. — Hr. D. fügt einige Bemerkungen über die Behandlung hinzu. Die Blasenbildung durch Umschläge eines in kochendes Wasser getauchten Flanelllappens um den Hals müsse er sehr loben; eben so habe er die Anfüllung des Zimmers mit heissen Dämpfen stets sehr wohlthätig befunden. Beide Mittel sind zu empfehlen gegen Krup, Kapillarbronchitis, Tracheitis, Pneumonie, besonders bei Kindern. Man wird durch diese Mittel sehr schnell eine grosse Milderung der Symptome herbeiführen. — Ein Kind, 18 Monate alt, litt an einer äusserst heftigen Kapillarbron-

chitis. Es wurde sogleich angeordnet, die Temperatur des Zimmers stets auf 70 ° F. zu erhalten und durch eine Röhre fortwährend, Tag und Nacht, heisse Wasserdämpfe einzulassen. Schon nach 5 Stunden zeigte sich auffallende Besserung; die Athmung wurde langsamer, der Husten verminderte sich, ebenso die Häufigkeit des Pulses, und endlich trat vollständige Genesung ein. — Der 2. Fall betraf einen erwachsenen Knaben von 15 Jahren, der an Bronchitis litt, welche auf eine latente Pneumonie folgte. Die hintere Parthie der linken Lunge war konsolidirt und auf der ganzen Strecke war die Respiration so laut und bronchial, dass sie fast einer kavernösen Respiration glich. Der Husten, der das quälendste Symptom war, war fast konstant. In diesem Falle war die Anfüllung des Zimmers mit heissen Wasserdämpfen Tag und Nacht eben so wirksam, wie bei dem kleinern Kinde; die Reizung der Lunge verlor sich, damit auch der Husten und auch die Konsolidation der Lunge begann sich zu lösen.

---

5. Ueber die Wirksamkeit des essigsauren Bleies und der *Tinctura Ferri muriatici* gegen die auf Scharlach folgende Wassersucht und Nierenaffektion.

In der *Dublin Hospital Gazette* finden wir einige interessante Bemerkungen vom Dr. O'Ferrall über den vorerwähnten Gegenstand.

„Sehr oft", sagt dieser Arzt, „ist der *Hydrops anasarca,* welcher auf Scharlach folgt, mit Zufällen begleitet, die über seine entzündliche Natur nicht zweifeln lassen; bisweilen aber auch manifestirt sich die Phlogose durch nichts weiter als durch die reaktionäre Thätigkeit der Haut und die Beschleunigung des Pulses. In beiden Fällen ist ein antiphlogistisches Verfahren indizirt, und im Allgemeinen wird man bei angemessenen Blutentziehungen, Purganzen und Brechmitteln sehr gut wegkommen. Es kann indessen, wie die Erfahrung gezeigt hat, auch vorkommen, dass nach Beseitigung des Anasarka noch immer nicht Genesung eintreten will, sondern das Kind fortkränkelt. Der Puls hat zwar seine Häufigkeit verloren, die Haut ist frisch und fühlt sich sanft an, aber sie wird bemerkenswerth durch ihre Bleichheit und der Urin enthält eine ziemliche Menge Albumen. Wenn aber diese Symptome eine Zeit lang fortbestehen, so fällt der Kranke in einen Zustand von Anämie oder Chlorose, die zu allen den Folgen führt, die bereits bekannt sind.

Hr. O'F. sucht diesen Zustand zu erklären und aus dieser seiner Deutung den Schluss zu ziehen, dass in solchen Fällen der Gebrauch von essigsaurem Blei und Martialien indizirt ist. Das essigsaure Blei giebt er dreimal täglich zu 10 — 15 Centigrammen mit Zusatz von etwas Essigsäure und destill. Wasser. Gleich auf dieses Mittel lässt er die *Tinct. Ferri muriat.*, die ihm das beste von allen Eisenpräparaten zu sein scheint, folgen. Die Besserung, die erfolgt, ist nach Hrn. O'F. wahrhaft überraschend; schon nach wenigen Dosen des essigs. Bleies wurde der Urin, der mehrere Wochen hinter einander Eiweiss enthalten hat, wieder normal. In einem Falle hat die Chloreisentinktur auch allein die Heilung bewirkt.

Der erste Fall, der Hrn. O'F. zu dieser Medikation führte, betraf ein kleines Mädchen, das von 5 Geschwistern das dritte Kind war, das von Scharlach ergriffen wurde. Der Ausschlag zeigte sich gutartig, aber es folgten Wassersucht und Albuminurie, jedoch ohne Komplikation mit einem Brustleiden. Kleine Gaben Brechweinstein mit Nitrum, warme Bäder und ein kathartisches Mittel bildeten die Behandlung. Die Wassersucht verschwand, aber die Kranke bekam ihre Kräfte nicht wieder; im Gegentheil, sie wurde schwächer und die Anämie wurde so auffallend, dass man nur das Sthetoskop unter das Schlüsselbein aufzusetzen brauchte, um das *bruit de diable* deutlich zu hören. Mit Salpetersäure behandelt gab der Urin eine dicke Wolke von Eiweiss; es war also Anämie mit Albuminurie vorhanden. Hr. O'F. gab das essigsaure Blei zu 4 Decigrammen (1 Decigr. = 1⅗ Gran) dreimal täglich und steigerte sie folgenden Tages bis zu 15 Centigrammen. Von diesem Tage an verschwand das Eiweiss aus dem Urine. Hierauf gab Hr. O'F. die *Tinct. Ferri muriat.* eine Zeit lang, wodurch das Kind zur blühendsten Gesundheit gelangte.

Ein anderer Fall betraf ein 7 Jahre altes Mädchen im St. Vinzent-Hospitale in Dublin. Etwa 3 Wochen nach dem Verschwinden des Scharlachs wurde der Bauch aufgetrieben, der Urin sparsam und das Kind bleich. Es bildete sich ein allgemeines Oedem; der Bauch wurde gespannt und enthielt offenbar Wasser; die Haut war trocken. Nichts deutete auf ein organisches Herzleiden; aber der Puls war 98, schwach und ungleich; Durst, Verstopfung; der Urin gab mit Salpetersäure behandelt sehr viel Eiweiss. Hr. O'F. verordnete: ein mässiges Purgiren mit Rizinusöl; dann 15 Centigr. kohlensaures Eisenoxydul, dreimal täglich; Fomente auf den Bauch. Hierauf einige Besserung. Die Fomentationen, zweimal täglich gemacht, bewirkten eine geringe Trans-

spiration. Das Kind zeigte sich deutlich bronchitisch. Verordnet: Nitrum mit etwas Brechweinstein in einer Potion. Besserung zwar, aber keine Veränderung im Urine. Verordnet wurde jetzt: $2\frac{1}{2}$ Gran Chinin in Syrup, dreimal täglich; später etwas verdünnte Schwefelsäure. Diese Mittel halfen wenig; nach fast achtwöchentlicher Behandlung enthielt der Urin noch eine reichliche Menge Albumen und das *bruit de diable* hörte man deutlich in den Karotiden. Jetzt gab Hr. O'F. das essigsaure Blei zu 1 Decigramme dreimal täglich. Nach wenigen Tagen hat der Urin kein Albumen mehr und zeigt sich bald normal, und der nun folgende Gebrauch der *Tinct. Ferri muriat.* bringt die vollständigste Genesung.

Hr. O'F. schliesst mit folgenden Bemerkungen: 1) Die *Albuminuria scarlatinosa* kann als eine aktive Hyperämie der Nieren betrachtet werden, und es ist dagegen ein antiphlogistisches Verfahren indizirt. — 2) Sind die Erscheinungen der Phlogose beseitigt, so kann eine passive Kongestion der Nieren folgen, eine seröse oder albuminöse Hämorrhagie (?) unterhalten und eine Anämie endlich zur Folge haben. — 3) Diese Art von Albuminurie kann sicher und schnell durch essigsaures Blei bekämpft werden und die Anämie wird durch die Chloreisentinktur gehoben.

V. *Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.*

A. *Medico-chirurgical Society* in London.

Ueber die Pathologie der Bright'schen Nierenkrankheit und über die Beziehung dieser Krankheit zu den Affektionen der Leber, des Herzens und der grossen Gefässe, womit sie häufig verbunden ist; ein Vortrag von Georg Johnson, M. D., am King's-College in London.

(Schluss, s. voriges Heft S. 232.)

In Erwiederung auf den Zweifel des Dr. Copland, ob die in die Epithelialzellen der Niere abgelagerte Substanz auch wirklich Fett sei, bemerkt Dr. Johnson, dass Keiner, der mit mikroskopischen Untersuchungen sehr vertraut ist, Oelkügelchen mit Eiweisskügelchen ver-

wechseln wird. Indessen fehle auch die chemische Untersuchung nicht; wenigstens sei sie von ihm in Verbindung mit Dr. Miller begonnen worden, obwohl noch nicht zu Ende geführt, sonst würde er ihrer in seiner Abhandlung schon gedacht haben. Portionen der Fett-Niere und der Fett-Leber sind in Aether digerirt worden, und bis jetzt ist das Resultat, dass die Leber über ½ und die Niere gerade ½ Fett ergab. Bei noch vollständigerer Analyse wird sich ohne Zweifel noch ein weit grösserer Antheil von Fett herausstellen. Allerdings habe Hr. Copland darin Recht, dass die von ihm (Dr. Johnson) angegebene Behandlung sich nicht sehr von der anderer Praktiker unterscheide; allein auf einen Punkt müsse er doch als auf etwas Neues hinweisen, nämlich auf die von ihm herausgestellte Nothwendigkeit, die Kranken streng Alles, was Fett oder Oel enthält, vermeiden zu lassen.

Hr. Toynbee erklärt, dass er die hier in Rede stehende Krankheit mit ganz besonderm Fleisse studirt habe; er habe in den letzten 4 Jahren an 70 bis 80 kranke Nieren injizirt. Er müsse dem Dr. Johnson für die grosse Sorgfalt, welche er der Krankheit gewidmet, seinen vollen Dank abstatten, und er stimme mit ihm vollkommen darin überein, dass unter dem Mikroskop Fettkügelchen von Eiweisskügelchen deutlich und bestimmt sich unterscheiden. In seinen eigenen Untersuchungen habe er seine ganz besondere Aufmerksamkeit auf den Zustand der arteriellen, venösen und Tubulargefässe gerichtet, die er sehr fein injizirt habe. In diesem Punkte sei Hr. Dr. Johnson sehr viel schuldig geblieben. Er (Toynbee) habe in den vorgerückten und selbst in den frühern Stadien der Krankheit die Blutgefässe affizirt gefunden; die Gefässplexus in den Malpighi'schen Körperchen zeigten sich sehr erweitert und so auch die Tubuli. Einen andern Punkt habe Hr. Dr. Johnson auch nicht berührt, nämlich den Zustand des Parenchyms der Niere; er müsse ihm wirklich den Vorwurf machen, dass er der auskleidenden Haut und den Epithelialzellen viel zu grosse, und dem Parenchym, welches aus Körperchen und Zellen, die in dieser Krankheit sehr erweitert würden, besteht, viel zu geringe Aufmerksamkeit gezollt.

Hr. Simon machte einige Anmerkungen über die Schwierigkeit, die erkrankten Nieren zu injiziren, weil die Gefässe schon sehr früh unwegsam werden. Dann sprach er von der Bemerkung des Dr. Copland über die angegebene Behandlung. Angenommen, diese Behandlung wäre wirklich nicht neu, so wäre man dem Dr. Johnson

schon dafür Dank schuldig, dass er Alles rationell begründet hat. Indessen habe Hr. Copland in seinem Wörterbuch der praktischen Medizin ein ganz anderes Verfahren angegeben, nämlich Hydragoga, Kathartika, Merkur und Aderlass, welches Verfahren auch von vielen anderen Aerzten angenommen ist.

Dr. Copland erklärt hiermit, dass sein jetziges Verfahren lediglich darin bestehe, den Tonus der Verdauungsorgane zu verbessern und die Hämatose zu heben; er lasse nur noch nebenbei und zwar am Anfange der Krankheit dann und wann Schröpfköpfe aufsetzen, schreite aber alsbald zu den Eisenmitteln. Besonders habe er von der *Tinctura Ferri muriatici* mit der *Tinctura Cantharidum* und andern Reizmitteln vielen Nutzen gesehn. Die Theorie des Dr. Johnson erkläre ihm keineswegen die akuten Fälle von Albuminurie, welche gelegentlich in der Praxis vorkommen; auch die plötzliche Unterbrechung der Krankheit bleibt dabei unverständlich.

Dr. Budd bemerkte, dass vor Kurzem Hr. Busk ihm einige Zeichnungen von Bright'scher Nierenkrankheit gezeigt und dass auch er die Gegenwart von Fett in den Epithelialzellen nachgewiesen habe.

Dr. Todd sagte, dass, wenn Dr. Copland seinen Heilplan genau regeln wolle, er die Ordnung der Heilmittel umkehren müsse. Er begänne nämlich, wie es schien, mit einigem Schröpfen in den Lumbargegenden und zwar in den ersten Stadien der Krankheit, wenn die Blutentziehung nur Nachtheil bringen kann. Diese passe weit mehr bei vorgerückterer Krankheit, wo die Ablagerung von Fett bereits in der Niere geschehen ist, und diese sich in einem Zustande von Kongestion befindet.

Dr. C. J. B. Williams, der zu spät gekommen war, erklärte, dass er bedaure, nicht Alles mit angehört zu haben. Wenn zuletzt von Blutentziehungen gesprochen worden, so müsse er gestehen, dass er kein wirksameres Mittel kenne als diese, wenn sie vorsichtig gemacht werden. Am besten und am sichersten wirkten sie in akuten Fällen. Er habe wohl in 20 — 30 Fällen von Albuminurie, welche akut auftrat, ohne dass Scharlach vorhergegangen war, durch vorsichtiges Blutentziehen, nämlich Schröpfen in den Lumbargegenden, ferner durch Darreichung von kathartischen Hydragogen Heilung bewirkt. Zwar habe er dabei auch die Diät regulirt, aber damit sei er nicht eher zum Ziele gekommen, als bis er zu dem erwähnten Verfahren geschritten sei, und er müsse glauben, dass die Empfindlichkeit der Nieren-

gegend und der kongestive Zustand des Organs eine vorsichtige Blutentziehung laut erfordern. Ganz anders sei es in chronischen Fällen, wo allerdings die Blutentziehung mehr schaden als nützen würde. Auch er sei der Meinung, dass man mehr Aufmerksamkeit auf das Parenchym des Organs gerichtet haben müsste, und er sei sehr geneigt, die Ablagerung von Fett in den Zellen eher für eine sekundäre Wirkung als für die *fons et origo malorum* zu halten. Es gebe gewisse Zustände der Niere, welche der in Rede stehenden Krankheit in gewisser Beziehung gleichen, wo auch der Urin Eiweiss enthält, aber an Menge vermindert ist, und ausserdem auch die Salze darin in geringerem Verhältnisse vorhanden sind. In diesen Fällen findet man statt der granulösen Entartung eine gleichmässige Vergrösserung und Verhärtung des Organs; dieses ist dann nicht voll Fettablagerung, sondern voll einer körnigen Materie, denn was die Zellen enthielten, seien nicht Fettkügelchen, sondern Körnerchen, wahrscheinlich tuberkulöser Art, welche Dr. Quain auch in den Tubuli gefunden hat.

Dr. Golding Bird sagt, er könne die Theorie des Dr. Johnson, obwohl er seinen Untersuchungen alles Recht widerfahren lassen müsse, durchaus noch nicht für genügend erachten. Er wolle, da es sehr spät ist, nur auf einen oder zwei Punkte anspielen. Zuerst auf die von Dr. Johnson angedeutete Identität zwischen der Fettentartung der Leber und dem Zustand der Niere in dieser Krankheit; allein bei ersterer findet eine vollkommene Gallenabsonderung statt, während bei der Nierenentartung die gewöhnlichen Elemente des Urins in dem Körper zurückbehalten werden und zu Vergiftungssymptomen Anlass geben, wogegen sich Albumen und andere Elemente des Bluts im Urin befinden. Wäre nun die Theorie des Dr. Johnson richtig, so würde die Fettentartung der Leber und die der Niere ganz verschieden in ihren Wirkungen sein. Gegen die Annahme, dass rein durch mechanischen Druck des abgelagerten Fettes auf die Gefässgeflechte die Krankheit hervorgerufen werde, spreche der vollkommen freie Harnabfluss, welcher besonders in den letzteren Stadien der Krankheit lebhaft ist.

B. *Medical Society* vom King's College, London.

Ueber die Ursachen und besonders über die Erblichkeit der Skropheln hielt Hr. Duncan einen Vortrag. Er stimmte mit John Hunter darin überein, dass er den erblichen Einfluss für

die Hauptursache der Skropheln hält, d. h. dass nicht die Krankheit selber, sondern die Prädisposition oder die Diathese ererbt wird; denn während es schwierig ist, anzunehmen, dass ein materielles krankhaftes Substrat von den Erzeugern auf das Erzeugte übertragen werden oder im Organismus latent liegen kann, haben wir in der erblichen Uebertragung bestimmter Körperformen und Gesichtszüge Beweise, dass die Eigenthümlichkeiten der Struktur ererbt werden, und folglich auch die Diathese, welche durch diese Eigenthümlichkeit der Struktur bedingt wird. Was nun die ererbte Skrophel-Diathese betrifft, so erscheint sie selber nicht hinreichend zur Erzeugung der Krankheit zu sein, sondern erfordert die Mitwirkung anderer Ursachen, der sogenannten veranlassenden Momente. Dazu gehört besonders die Einwirkung der Kälte, deren Hülfsmittel schlechte Nahrung und schlechte Luft sind. Seiner Idee nach sitzt die Skrophelndiathese hauptsächlich in einer erblichen Abirrung oder Eigenthümlichkeit des absorbirenden Systems, und wenn die genannten veranlassenden Ursachen einwirken, so wird die normale Funktion dieses Systems sehr schnell dermaassen gestört, dass der Körper die auszuscheidenden Stoffe nicht gehörig entfernen kann, sondern dass diese sich in ihnen anhäufen und das bilden, was man Skropheln nennt. Diese letztere Ansicht wird dadurch bestätigt, dass skrophulöse Kinder vor dem Beginn der Krankheit sehr wohl genährt sind und eine kräftige Zirkulation haben; wird nun bei solchen Kindern die Entfernung der ausgeschiedenen Stoffe gestört, so müssen sich diese desto kräftiger und schneller anhäufen, zumal da die Ernährung noch eine Zeit lang sehr kräftig bleibt. Die Skropheln bieten 3 Stadien dar: zuerst dasjenige, in welchem eine allgemeine Störung stattfindet, 2) dasjenige, in welchem Entzündung, Eiterung eintritt, und endlich 3) das Stadium der Hektik, in dem kolliquativer Schweiss und Durchfälle eintreten.

Gegen diese Ansicht bemerkt Hr. Nunn, dass der Verf. den Einfluss der Erblichkeit viel zu hoch angeschlagen; denn Thiere aus heissen Klimaten, wo sie nie an Skropheln gelitten, werden skrophulös, wenn sie in unser Klima gebracht werden, z. B. Affen, zum Beweise, dass die Erblichkeit keinesweges die eigentliche oder Hauptursache der Skropheln sei. — Hr. Alridge bemerkt, dass, da die Skropheln besonders in denjenigen Klassen herrschen, welche in engen, warmen, verschlossenen, wenig gelüfteten Räumen arbeiten, und da auch die Affen im zoologischen Garten, obwohl stets in einem warmen, jedoch verschlossenen Raume gehalten, an Skropheln leiden, mehr schlechte

Luft als Kälte die Ursache der Krankheit zu sein scheint. — Dr. Steele glaubt, dass Kohlensäure die Hauptursache der Skropheln sei. — Hr. Reid bemerkt, dass auch bei Thieren in ihrem wilden oder Naturzustande Skropheln von Dr. Cumins beobachtet worden seien, und dass es also die Frage ist, ob auch nicht bei Thieren eine Erblichkeit vorkommen könne.

C. *Pathological Society* in Dublin.

1. Ueber die Pott'sche Krankheit in den Halswirbeln.

Hr. Mayne zeigte die skrophulösen Halswirbel von einem 11jährigen Knaben. Als dieser im Februar 1845 zuerst in Behandlung kam, litt er sehr bedeutend an Skropheln. Die Drüsen längs der Basis des Unterkiefers und die der Parotis waren angeschwollen, ulzerirt und sonderten eine dünne Flüssigkeit ab. Der Knabe war mager geworden, aber nicht hektisch. Er bekam nach und nach Eisen, China und Jodine mit anscheinender Besserung. Von der Wärterin erfuhr Hr. M., dass im April der Knabe sich plötzlich erkältet und dadurch eine Steifheit im Nacken bekommen hätte. Es erwies sich aber bald, dass diese Steifheit im Nacken von einer Erkrankung der Halswirbel abhängig war. Der Knabe war nicht im Stande, ohne sehr heftigen Schmerz den Kopf rückwärts zu beugen, und wenn er diese Bewegung versuchte, so setzte er immer beide Hände hinter den Kopf, um die Extension zu beschränken. Der geringste Druck auf den Nacken und auf den Kopf bewirkte ein unerträgliches Gefühl. Bei jedem Versuche, den Kopf seitwärts zu bewegen, drehte sich der ganze Körper mit, und beim Beugen des Kopfes nach vorn legte er immer eine oder beide Hände an das Kinn. Die weichen Theile im Nacken waren etwas aufgetrieben und ein Druck auf die Dornfortsätze erregte einen tiefsitzenden Schmerz. Es wurde jetzt die gewöhnliche Behandlung gegen das Pott'sche Uebel angeordnet, nämlich eine Reihefolge von Blasenpflastern auf den Theil, absolute Ruhe und der innere Gebrauch von Alkalien. Später bekam der Knabe heftigen Kopfschmerz, den er besonders auf das rechte Scheitelbein bezog, zugleich eine geringe Betäubung des rechten Armes. Hiergegen wurden wiederholentlich Blutegel und Blasenpflaster verordnet, aber ohne Besserung.

Im Mai trat nach Aussage der Wärterin ein neues Symptom ein;

nämlich der Athem während des Schlafes wurde schnarchend und zwar in solchem Grade, dass alle andere Kinder im Saale dadurch gestört wurden. Hr. Mayne schloss daraus auf eine sehr ernsthafte Affektion des Gehirns, eine Annahme, welche durch den vorangegangenen Kopfschmerz und die Taubheit des rechten Armes bestätigt zu werden schien; indessen wies der Umstand, dass das Schnarchen gleich nach dem Erwachen des Knaben aufhörte, diese Ansicht einigermaassen zurück. Sonst aber waren die Verstandeskräfte nicht getrübt, die Sinnesorgane waren vollkommen thätig, der Magen war nicht affizirt und der Puls regelmässig. Hr. Mayne untersuchte, um das laute Schnarchen sich zu erklären, den Rachen, und entdeckte hinten am Pharynx einen Tumor von der Grösse eines Hühnereies, welcher nach oben hinauf ragte und das Gaumensegel nach vorn trieb. Die Ursache des Schnarchens war nun gefunden. Der Kranke hatte keine Schwierigkeit beim Schlucken und während des Wachseins weder Dyspnoe noch irgend ein Kehlkopfssymptom. In einer Konsultation mit achtbaren Kollegen wurde es für rathsam erachtet, die Geschwulst anzustechen, denn die Gesundheit des Knaben wurde durch Mangel an Ruhe untergraben, und es war zu fürchten, dass die im Tumor enthaltene Materie auf den Kehlkopf sich entleeren und plötzlichen Tod bewirken könnte. Die Geschwulst sass nicht ganz in der Mitte, sondern erstreckte sich mehr nach der rechten Seite hin, ein Umstand, welcher den Operatör etwas in Verlegenheit setzte. Indessen wurde der Mittellinie des Pharynx so nah als möglich der Troikar eingestossen; es floss viel Eiter aus, welcher, zum Theil an die Glottis gelangend, heftige Hustenanfälle herbeiführte, die aber jedesmal mit Entleerung von Eiter verbunden waren. Nach einiger Zeit wurde der Tumor fast leer und das Schnarchen im Schlaf vollkommen beseitigt; der Kranke hatte jetzt ruhige Nächte und erholte sich etwas. Nach Verlauf von 10 Tagen aber hatte sich die Geschwulst im Pharynx wieder gefüllt und das Schnarchen stellte sich abermals ein. Es bildete sich auch jetzt noch eine andere Geschwulst hinten im Nacken, die über die Querfortsätze der Halswirbel hervorragte. Es wurde die Geschwulst im Pharynx von neuem angestochen, und man bemerkte, dass mit der Entleerung auch der äussere Tumor einsank. Nach Verlauf von etwa 14 Tagen hatten beide Geschwülste von Neuem sich angefüllt und waren mit denselben beschwerlichen Symptomen begleitet.

Bei dieser Gelegenheit wurde in den äusseren Tumor ein Einschnitt gemacht, und in dem Maasse, wie der Eiter ausfloss, erklärte

sich auch der Abzess im Pharynx. Der Schnitt verwandelte sich bald in eine Fistel, welche als Gegenöffnung einen freien Austritt des Eiters bewirkte und dadurch die Wiederkehr des Schnarchens verhütete.

Nachdem einige Zeit vergangen war, stellten sich neue Erscheinungen ein. Beim Versuche, zum Nachttopfe zu gehen, wurde der Knabe plötzlich von einem epileptischen Anfalle ergriffen, auf welchen Lähmung beider Arme und Beine folgte. Beim nächsten Besuche fand Hr. M. ihn auf dem Rücken liegen, unfähig seine Glieder zu bewegen; es war ausserdem Harnverhaltung vorhanden, und der Koth ging unwillkürlich ab. Die Empfindung der gelähmten Glieder schien ganz vorhanden zu sein, denn der Kranke fühlte jeden Schmerz dieser Reizung. Die Athmung war ruhig und Sprache und Verstandeskräfte ungestört. Ein Versuch, den Nacken genau zu besichtigen, rief sogleich, als man den Kranken etwas aufzurichten bemüht war, einen epileptischen Anfall hervor, der sofort nachliess, sobald der Knabe wieder in die Rückenlage gebracht wurde. Noch 14 Tage nach dieser letzten Verschlimmerung lebte der bedauernswerthe Kranke; der geringste Versuch, seine Lage zu verändern, bewirkte die heftigsten Krämpfe; es traten Geschwüre vom Durchliegen ein, und endlich starb der Knabe plötzlich, als er eine ungewöhnliche Anstrengung machte, seinen Kopf zu bewegen. Bemerkenswerth ist, dass er einige Tage vor seinem Tode die Kraft, sein rechtes Bein zu bewegen, in gewissem Grade wieder erlangt hatte; er war auch im Stande, seinen Urin ohne Hülfe des Katheters zu lassen, und interessant ist, dass noch bis zuletzt der Appetit vortrefflich war und der Kranke mit Begierde ass.

Bei der Leichenuntersuchung wurde eine Sonde in die Fistel eingeführt; sie gelangte mit einiger Bewegung bis zum Tumor des Pharinx; es konnte auch eine Sonde vom Pharynx aus in den Wirbelkanal geführt werden. Bei der Untersuchung der Wirbel fanden sich die verbindenden Ligamente und Knorpel weit mehr erkrankt als die knochigen Strukturen. Die Querbänder und die Zwischenwirbelbänder waren vollkommen zerstört, der *Apparatus ligamentosus colli* ebenfalls. Der rechte Kondylus des Hinterhauptsbeines war kariös; ebenso die entsprechende Fläche des Atlas; die Karies war hier so weit gegangen, dass die Wirbelarterie in Gefahr war. Der Tod war, wie es immer in solchen Fällen zu gehen pflegt, ein plötzlicher; seine Ursache war die Dislokation des Zahnfortsatzes nach hinten, wodurch das Rückenmark stark komprimirt wurde. Das Gehirn war gesund, aber die Arachnoidea zeigte an ihrer Basis einige Spuren von Entzündung,

An der Stelle, wo die *Medulla oblongata* nach dem kleinen Gehirn sich umschlägt, war diese Haut trübe und verdickt. Hr. M. macht darauf aufmerksam, dass in diesem Falle ein doppelter Irrthum in der Diagnose möglich gewesen wäre: Es hätte einmal die Krankheit der Wirbel übersehen und die Steifigkeit des Halses einer Anschwellung der Halsdrüse zugeschrieben werden können. Das spätere Eintreten des Schnarchens hätte für eine Affektion des Gehirns gehalten werden können, obwohl es in der That nur von einer mechanischen Ursache herrührte.

---

2. Phthisis bei Kindern.

Hr. Mayne zeigte ein Präparat von einem 1 Jahr alten Kinde, welches an ausgedehnter Tuberkelsucht gestorben war; er hielt den Fall für sehr interessant, weil er dazu dienen könnte, die Schwierigkeit in der Diagnose der Lungenschwindsucht bei kleinen Kindern zu erklären, eine Schwierigkeit, welche darauf beruht, dass Phthisis in diesem Alter oft zu einem hohen Grade von Ausbildung gelangt, bevor noch die physikalischen Zeichen sich bemerkbar machen.

Das Kind kam mit einer Hauteruption, welche bald milden Alterantien wich, zu Hrn. M. Nach Beseitigung des Hautausschlages schien das Kind sich aber nicht zu erholen; es sah kränklich aus und bekam bald Husten und Diarrhoe mit trommelartiger Anschwellung des Bauches; zu diesen Symptomen gesellten sich unstillbarer Durst und rasche Abmagerung; die Athmung und der Puls wurden ebenfalls beschleunigt, und ganz zuletzt fing auch der Magen an, Alles wieder auszuwerfen. Der stete Husten, die unaufhörliche Diarrhoe und die zunehmende Abmagerung liessen keinen Zweifel übrig, dass die Krankheit Phthisis war; aber obwohl man zu dieser Ansicht schon im August kam, so waren doch selbst im November noch keine physikalischen Zeichen vorhanden, die diese Ansicht bestätigten. Erst gegen Ende Novembers gab die Perkussion links hinten einen matten Ton, und man vernahm Bronchialathmung. Bald darauf entwickelten sich ähnliche physikalische Zeichen in der entsprechenden Portion der rechten Lunge, aber zu keiner Zeit konnte man Zeichen von tuberkulöser Erweichung der Lunge entdecken. Bei der Untersuchung nach dem Tode fand man Tuberkeln in allen Eingeweiden, in den Gekrösdrüsen, Nieren, der Milz und Leber, und beide Lungen fand man damit dick

vollgestopft, und bemerkenswerth war, dass alle Tuberkeln sich in einem rohen Zustande befanden, indem auch nicht die geringsten Andeutungen einer Erweichung in ihnen zu sehen war, und zwar waren die Tuberkeln überall in denselben Entwickelungsgraden, was bekanntlich in der Tuberkelsucht bei Erwachsenen selten gefunden wird. Dieser Umstand, und die gleichmässige Vertheilung der Tuberkeln von den Spitzen beider Lungen bis zur Basis, war auch der Grund, weshalb man durch Auskultation und Perkussion nichts ermitteln konnte, da eine vergleichende Schätzung der gehörten Töne nicht möglich war. Ein anderer Grund liegt auch in der grossen Klarheit des natürlichen Athmungsgeräusches bei Kindern, wodurch es möglich wird, dass eine bedeutende Anhäufung von Tuberkelmaterie, oder Verdichtung in den Lungen stattfinden kann, ohne dass sie sich durch Auskultation und Perkussion vernehmbar macht, weil das Athmungsgeräusch nicht dadurch verdeckt wird.

D. *Royal Medical and Chirurgical Society* in London.

Ueber die Diarrhoe kleiner Kinder und über ihren Zusammenhang mit Hydrokephalus.

In der Sitzung vom 13. Januar 1846 las Hr. Clendinning einen über den vorerwähnten Gegenstand von Hrn. J. S. Allen eingesendeten Aufsatz. Der Autor beginnt mit der Bemerkung, dass die Diarrhoe ein häufiges und beschwerliches Leiden bei Kindern, zwar bisweilen idiopathisch, aber meistens symptomatisch ist und zwar mit einer Krankheit in irgend einem wichtigen Organe zusammenhängend. Er welle nur die symptomatische Diarrhoe hier in Betracht ziehen. Während des Zahnens leiden die Kinder bekanntlich an Durchfällen, und der Autor bemüht sich zu erweisen, dass der Durchfall hier gewöhnlich ein heilsames Naturbestreben ist, und dass durch plötzliche Hemmung des Durchfalls eine gefährliche, ja tödtliche Krankheit herbeigeführt wird. Gewöhnlich zeigt sich das Verhältniss auf folgende Weise: Das Kind hat auf kürzere oder längere Zeit an heftigem Durchfall gelitten; derselbe ist häufig von einer Reizbarkeit des Magens begleitet; die Ausleerungen sind dünn und wässrig und oft von grünlicher Farbe. Der Arzt giebt Adstringentien mit theilweisem Nutzen, aber sobald er damit aufhört, tritt der Durchfall wieder ein. Bei

der Untersuchung findet man, dass, so wie man den Durchfall hemmt, das Kind unruhig und unwohl, die Haut heiss wird, dass es oft im Schlafe plötzlich aufschreit, dass aber, so wie die Diarrhoe wieder eintritt, die Symptome alle wieder nachlassen. Was aber bei dem ganzen Verhältniss auffallend wird, ist der Umstand, dass, obwohl die Diarrhoe viele Tage oder Wochen gedauert hat, das Kind doch ganz und gar nicht abgemagert wird, sondern kräftig und lebhaft ist; nur der Kopf ist heiss, und die Karotiden und Schläfenarterien pflegen stärker zu pulsiren. Wird die Diarrhoe sich selber überlassen, so pflegt gewöhnlich dadurch Heilung bewirkt zu werden; sehr oft aber treten Krämpfe hinzu und raffen den Kranken hinweg, oder es geht der Zustand in chronischen Hydrokephalus über.

Der Autor fügt hinzu, dass er in den letzten 5 Jahren mehr als 500 Fälle von Diarrhoe bei Kindern gesehen habe, die sich in einem Alter von 3 Monaten bis zu 3 Jahren befanden, und dass sich die Zahl der symptomatischen Diarrhoeen zu der der ideopathischen wie 6 zu 1 verhielt. Das Heilverfahren, das er im ersten Stadium für das beste erkannt hat, besteht in Blutentziehung aus dem Kopfe, wodurch in Fällen allein schon Heilung bewirkt wird. Reicht dieses nicht hin, so giebt er kleine Dosen von Merkur mit Kreide und gelegentlich Magnesia mit etwas Aromatischem. Sind Adstringentia angewendet worden und ist das Kind dadurch verstopft, so giebt er Kalomel und Jalappe. Dann erzählt der Autor mehrere Fälle als näheren Nachweis dieser seiner Behauptung; in einigen dieser Fälle traten plötzlich Gehirnsymptome und Krämpfe ein, als die Diarrhoe durch Opiate und Absorbentien unterdrückt worden war, und der Tod folgte bald darauf; nach dem Tode fand man dann die deutlichen Zeichen von Entzündung des Gehirns mit Ergiessungen. In anderen Fällen wurden diese Symptome durch die vorhererwähnte Behandlung beseitigt und das Leben der Kinder erhalten.

Zum Schlusse bemerkt der Autor, dass nach dem Tode die Veränderungen, die man antrifft, nach der Dauer der vorangegangenen Krankheit sich verschieden zeigen. Stirbt das Kind plötzlich, so findet man eine sehr auffallende Kongestion der Venen und Sinus; hat aber die Krankheit längere Zeit gedauert, so findet man Ergiessung von Flüssigkeit auf der Oberfläche des Gehirns und in den Ventrikeln; den Darmkanal findet man gewöhnlich gesund.

Dr. Webster: Es finden sich in dem eben gehaltenen Vortrage ein bis zwei Punkte, über welche er Einiges bemerken müsse. Er

stimme mit dem Autor vollkommen darin überein, dass in vielen Fällen die Diarrhoe der Kinder als ein Naturbestreben zu betrachten sei, um gewisse, vielleicht krankmachende Stoffe wegzuschaffen. Er könne jedoch nicht zugeben, dass die Diarrhoe das Resultat des Zahnens sei, sondern glaube vielmehr, dass sie durch Diätfehler, Ueberfüttern u. s. w. herbeigeführt werde. Die Reizung, welche aus der Dentition entspringt, und eine Darmaffektion koexistiren allerdings oft mit einander, aber er könne, wie gesagt, die Dentition nicht als Ursache der Diarrhoe betrachten. Er freue sich übrigens, dass der Autor entschieden gegen den Gebrauch von Adstringentien sich ausgesprochen; er halte sie ebenfalls für nachtheilig. Die vom Autor mitgetheilten 2 Fälle sind in dieser Hinsicht sehr instruktiv (im ersten Falle wurde Katechu gegeben und dadurch die Diarrhoe aufgehalten, aber das Kind starb bald darauf; im zweiten Falle entstanden sehr ernsthafte Zufälle auf den Gebrauch von Opiatsyrup, das Kind wurde noch gerettet); er (Hr. W.) sei schon lange in seiner Praxis in der Anwendung solcher Mittel, welche die Diarrhoe direkt hemmen könnten, sehr vorsichtig gewesen; er habe darin früher bittere Erfahrungen gemacht. Die Mittel, die er gewöhnlich bei Diarrhoeen kleiner Kinder anwendet, sind Ipekakuanha in kleinen Gaben mit milden Laxanzen; besonders wichtig sei aber die strenge Regulirung der Diät. Sind Symptome lokaler Kongestion vorhanden, so würde er natürlich auch für das Ansetzen von Blutegeln an den *Kopf* stimmen, ausserdem aber nicht.

Dr. David: Er wünsche auf einen Punkt aufmerksam zu machen, an den man wenig denkt. Er glaube, dass die Diarrhoe, von der Säuglinge befallen werden, davon herrührt, dass die Amme nicht gehörig Diät hält, und er müsse demnach die Regulirung der Diät der Säugenden für ein sehr wichtiges Moment erklären. Es komme auch gar nicht selten vor, dass ein Kind von zwei Ammen genährt wird; die Mutter, fürchtend, dass sie für ihr Kind nicht Milch genug habe, nimmt noch eine Amme zu Hülfe, die zu kräftige und reizende Nahrung geniesst und deren Milch dann dem Kinde viel Unheil bringt. Ueberhaupt werden die Ammen gewöhnlich viel zu kräftig genährt; man glaubt dem Kinde Gutes zu erzeigen, wenn man der Amme viel Fleischnahrung und grosse Quantitäten kräftiges Bier giebt. Meistens ist solche Kost zu reichlich und zu reizend und giebt eine Milch, bei der das Kind viel weniger gedeihet, als wenn man der Amme Grützsuppen, Mehlsuppen, überhaupt mehlhaltige und zuckerige Dinge giebt. Er habe Fälle erlebt, wo eine Umwandlung der Diät der Amme aus

einer vorwaltend thierisch reizenden Kost in eine blande, nährende, pflanzliche allein hinreichte, die Diarrhoe des Kindes zum Stillstande zu bringen.

Hr. Copland: Seiner Ansicht nach ist der Autor im Irrthum, wenn er den Hydrokephalus als ein Resultat der plötzlichen Hemmung der Diarrhoe betrachtet. Die Fälle, welche mitgetheilt worden sind, mögen allerdings Fälle von wirklicher Kongestion nach dem Gehirne gewesen sein, verursacht durch eine plötzliche Unterdrückung einer lange bestandenen Diarrhoe; die Ergiessung von Serum ins Gehirn ist natürlich dann ein Resultat der Kongestion. Indessen ist das doch nicht in allen Fällen von Diarrhoe der Fall. Wenn die Diarrhoe lange angedauert hat, und das Kind in Folge derselben erschöpft und anämisch ist, oder wenn das Kind schlecht genährt gewesen, so wird man, mag die Diarrhoe gehemmt oder nicht gehemmt worden sein, nach dem Tode auch eine Ergiessung ins Gehirn antreffen, aber mehr aus Mangel an Gefässthätigkeit oder, begleitet mit Erweichung des Organs. Es ist klar, dass, während da, wo es um eine akute Kongestion nach dem Gehirn sich handelt, die längere Dauer der Diarrhoe nur vortheilhaft wirken und eine Hemmung derselben nachtheilig sein muss, bei erschöpften anämischen Kindern dagegen diese Regel keine Geltung findet, sondern dass die Diarrhoe aufgehalten werden muss.

Golding Bird: Er habe, sagt er, sehr aufmerksam zugehört, müsse sich aber über einige Schlüsse, die der Autor aus den von ihm angegebenen Thatsachen herleite, sehr wundern. Es gebe keine Frage von grösserer Wichtigkeit für den praktischen Arzt, als diejenige, welche die erschöpfenden Diarrhöen der Kinder, namentlich bei der Entwöhnung, zum Gegenstande hat. Man müsste jedesmal den Charakter und die Natur der Ausleerungen untersuchen, um genau zu ermitteln, wo die Quelle der Diarrhoe sei; denn zu bezweifeln ist es nicht, dass die Diarrhoe ganz verschiedener Art sein kann; in einem Falle können schädliche oder unverdauliche Stoffe in den Magen oder Darmkanal gelangt sein und Diarrhoe bewirken; in anderen Fällen ist die Diarrhoe das Resultat einer depurativen Thätigkeit der Leber, wieder in anderen Fällen einer Kongestion der Darmschleimhaut, und noch in anderen Fällen endlich kann eine Affektion der Haut die Ursache der Diarrhoe sein. Diese eben genannten halte er für die wichtigsten Ursachen. Ist eine Affektion der Haut die Ursache, so würde er warme Bäder, kleine Gaben Ipekakuanha anrathen, welche Mittel, wie die Erfahrung gelehrt hat, die heftigeren und erschöpfenderen Diarrhöen oft beseitigen, und

zwar nicht durch plötzliche Hemmung derselben, sondern durch Ableitung des Bluts nach der Haut. In den Fällen, in denen der Diarrhoe eine Affektion der Leber zum Grunde liegt, werden sich einige Gran Merkur mit Kreide sehr erfolgreich erweisen. In derjenigen Form von Diarrhoe aber, die man die grünen Stühle der Kinder nennt, wo die Ausleerungen wie gehackter Kohl aussehen und wo, wie schon anderweitig gezeigt worden, ein modifizirter Zustand des Bluts, eine Art Meläna vorhanden ist und durch Kongestion des Pfortadersystems verursacht wird, würden Adstringentien nur von Nachtheil sein, wogegen eine Derivation auf die Haut mittelst warmer Bäder und Ipekakuanha von Nutzen sein würde. In der That erweisen sich diese Mittel in der eben genannten Form auch weit wirksamer als Adstringentien und Opiate, die meistens schaden.

Th. Thompson bemerkt, dass er sich gedrungen fühle, über den gehaltenen Vortrag einige Bemerkungen zu machen, da manche Punkte sich darin befinden, welche die Gesellschaft übersehen zu haben scheint. Es giebt, sagt er, eine Anzahl von Fällen, in denen Hyhrokephalus und Diarrhoe neben einander ihren Verlauf durchmachen und in ihrer nächsten Ursache durchaus unabhängig von einander sind. In einigen dieser Fälle zeigte sich etwas Besonderes. Der Sitz der Ergiessung war verschieden; er selber habe mehrere Fälle dieser Art angetroffen, welche Burschen von 11 — 12 Jahren betrafen. Sie zeigten Symptome von Meningitis, begleitet mit Diarrhoe, welche ungestört andauerte, aber niemals in solchem Grade vorhanden war, dass sie Erschöpfung herbeiführte. Es folgten jedoch Krampfanfälle und ein hoher Grad von Empfindlichkeit der Haut; die Pupillen wurden anfänglich kontrahirt, später aber erweitert; dann fielen die Kranken in einen lethargischen Zustand und starben. Es fand sich ein Erguss von Serum auf der Oberfläche des Gehirns aber nicht in den Ventrikeln. Die Krankheit verlief in mancher Beziehung anders als Hydrokephalus; schon der Umstand, dass Diarrhoe vorhanden war und nicht Verstopfung, modifizirte den Zustand. Er sei demnach der Ansicht, dass zwischen dem Kopfleiden und der Diarrhoe durchaus kein Zusammenhang war, sondern dass beide Krankheiten selbstständig neben einander gingen. Wäre er damals mit der Bright'schen Nierenkrankheit so bekannt gewesen wie jetzt, so würde er den Zustand des Urins untersucht haben, nicht zweifelnd, dass darin die Ursache der Krankheit zu finden gewesen wäre. — Hr. W. O'Connor sagt, er sei sehr verwundert, dass von keinem Derjenigen, die an der Debatte Theil genommen,

die Dentition als eine der Ursache der Diarrhoe bei Kindern genannt worden ist. Die Dentition ist bekanntlich einer der grössten Anlässe zur Diarrhoe, und in solchen Fällen zeigt sich ein kräftiges Skarifiziren des Zahnfleisches in Verbindung mit kleinen Gaben von *Hydrargyrum cum Creta* und Rizinusöl sehr wirksam gegen die Diarrhoe. Auch müsse er die Dentition als eine der vorzüglichsten Ursachen der Hydrokephaloidkrankheit betrachten.

Zuletzt bemerkt noch Hr. Copland, dass er auch Fälle gesehen habe, wo Diarrhoe und Hydrokephalus neben einander gingen; es war dieses namentlich bei skrophulösen Kindern der Fall, bei denen die Wasserergiessung im Gehirn auf Erweichung desselben beruhte.

Notiz über die im März in Wien herrschenden Kinderkrankheiten. — Eröffnung der Jugularvene bei einem 13 Monate alten, an Starrkrämpfen leidenden Kinde mit glücklichem Erfolge; Empfehlung dieses Mittels. (Aus einem Sendschreiben von Hrn. Dr Mauthner in Wien.)

...... Das Frühjahr, welches heuer im strengen Sinne des Wortes diesem Namen entspricht, hat gewaltig stürmische Aufregungen bei reizbaren kindlichen Organismen erzeugt. Der Säfteantrieb ist besonders nach der Haut und nach dem Kopfe, und es sind Hauteruptionen (Ekzem, Strophulus, Achor und Ekthym) an der Tagesordnung. Exantheme herrschen nicht epidemisch, am häufigsten sind Morbillen von gutartigem Verlaufe, auch Varizellen sind nicht selten. Kopfkongestionen sieht man bei jeder Krankheit, mitunter erzeugen sie sehr heftige Konvulsionen. Einen sehr interessanten Fall dieser Art heilte ich schnell. Der ungemein kräftige, apoplektisch gebaute, 13 Monate alte Knabe einer rüstigen Mutter, welche ihn stillt, aber schon im dritten Monate schwanger ist, lag bereits seit 20 Tagen zu Hause in Konvulsionen. Als er in die Anstalt aufgenommen wurde, hatte er Starrkrämpfe, war bewusstlos, schrie monoton und mit ganz fremder Stimme, lag gestreckt, und rotirte immer beide Hände. Blutegel und kalte Umschläge nebst Abführmitteln waren bereits zu Hause und auch durch drei Tage in der Anstalt gebraucht worden. — Mit grosser Mühe eröffnete ich die rechte Jugularvene, und entleerte 3 Unzen Blut. — Noch nie sah

ich von irgend einem Mittel eine so schnelle Wirkung: — das früher tobende Kind war nun ganz ruhig, erkannte am anderen Morgen die Mutter, schlief gut, nahm die Brust, und hat, kleine Agitationen mit den Händen abgerechnet, keine Spur von den früheren Konvulsionen. Er bekam seit dem Aderlass keine Arznei als kalte Umschläge auf den Kopf. — Und dieses grosse herrliche Mittel, die Venäsektion, dem ich jetzt und sonst das Leben vieler Tausenden von Kindern verdanke, ist nun bei uns durch die Homöopathie und durch den erstarrenden Skeptizism der Schule so verkannt und gefürchtet, dass man in der Privatpraxis das Kind und den Erwachsenen eher sterben lässt, ehe man den Aderlass erlaubt! Diese gepriesenen homöopathischen Heilmittel, ich versuche sie schon seit einer 15jährigen Praxis; aber wenn ich streng wahr und als gemässigter Skeptiker sprechen will, so kann ich noch von keinem Falle mit Gewissheit sagen, dass er, so wie hier dieses Kind, durch ein homöpathisches Mittel gerettet worden sei......

VI. Miszellen und Notizen.

Statistische Bemerkung über die epidemischen Kinderkrankheiten in London. Nach den uns vorliegenden Auszügen aus dem veröffentlichten Generalregister der Todesfälle in London scheinen die Masern und der Keuchhusten an Tödtlichkeit bedeutend zugenommen zu haben. In dem letzten Quartal des vergangenen Jahres sind weit mehr Kinder an Masern gestorben, als in demselben Quartale irgend eines der vorangegangenen Jahre seit 1839. Auch die Sterblichkeit am Keuchhusten war in dem genannten Quartale grösser als je zuvor, mit Ausnahme des Jahres 1841, in welchem noch weit mehr Kinder durch den Keuchhusten hinweggerafft worden sind. Dagegen haben die Todesfälle in Folge von Variola und Scharlach sehr abgenommen, und es scheint, dass namentlich in Bezug auf den Keuchhusten und wohl auch in Bezug auf die Masern das Herumliegen oder Herumtreiben der daran leidenden Kinder auf öffentlichen Plätzen, in den Vorhallen öffentlicher Gebäude, in den Durchgängen der Häuser u. s. w. viel zur Verbreitung der Epidemie beiträgt. Ein an einer ansteckenden Krankheit, wozu wir auch den Keuchhusten zählen, leidendes Kind kann die Krankheit so auf 40—50 andere übertragen. In Ermangelung einer besseren Medizinalpolizei in dieser Beziehung,

können wir nicht erwarten, dass irgend etwas Wirksames geschehen könne, um die Verbreitung dieser Epidemieen zu hemmen. Dieselbe Bemerkung gilt auch von den Pocken; denn obwohl das Gesetz gerade gegen die Pocken alle möglichen Vorsichtsmaassregeln ergreift, während Masern und Scharlach eben so bösartig sein können, so kommt es doch wohl vor, dass ein an Pocken leidendes Kind, entweder wenn das Fieber gering ist, sich herumtreibt, oder, um Mitleid zu erregen, öffentlich herumgetragen wird. Da es vielleicht von Interesse sein kann, die furchtbaren epidemischen Kinderkrankheiten in ihrer Zu- oder Abnahme zu verfolgen, so stellen wir hier aus dem offiziellen Generalregister von den 7 vergangenen Jahren das letzte Quartal neben einander:

	1839	1840	1841	1842	1843	1844	1845
Variole	66	709	75	108	114	571	106
Masern	382	356	409	346	456	385	927
Scharlach	918	419	181	522	718	872	269
Keuchhusten	212	287	652	309	468	277	557

Ob es nun Zufall ist, oder ob es sich wirklich so verhält, es scheint aus der kurzen Uebersicht hervorzugehen, dass Masern und Scharlach in einer Art Wechselverhältniss stehen, dass nämlich, wenn die Masern sehr bedeutend sind, das Scharlach gering ist, und umgekehrt; denn während im letzten Quartale des Jahres 1839 die Zahl der an Scharlach Gestorbenen 918 betrug, war die Zahl der Todesfälle an Masern nur 382; ebenso waren in demselben Quartale von 1843 an Scharlach 718 und 1844 an derselben Krankheit 872 gestorben; dagegen an Masern nur respektive 346 und 456. Umgekehrt starben in dem genannten Quartale von 1845 an Masern 927, dagegen am Scharlach nur 269. Einer weiteren Vergleichung muss es vorbehalten werden, dieses Verhältniss entweder zu bestätigen oder nur als einen Zufall zu erweisen.

Eine eigenthümliche Veränderung der Hornhaut beim *Hydrocephalus acutus* hat Prof. **Stoeber** in Strassburg mehrmals kurz vor dem Tode wahrgenommen. Diese Veränderung besteht in einem halbmondförmigen gelben Fleck am unteren Rande der Hornhaut sitzend, ohne gleichzeitige Röthe oder Gefässentwickelung des Auges. Dieser Fleck erstreckt sich allmälig nach aufwärts bis zur Mitte der Hornhaut und endigt in Ulceration, wenn die Krankheit sich

in die Länge zieht. Die Lamellen der Hornhaut werden durch eine purulente Infiltration von einander getrennt und nach aussen getrieben. Hr. Stoeber hält diesen Prozess für die Folge allgemeiner Schwäche. In einem Falle, wo die Prostration sehr bedeutend war, liess er einige Tropfen Opium ins Auge fallen, und verschrieb einige Gaben Chinin bei ernährender Diät. Der Erfolg soll ein sehr guter gewesen sein.

Von den gefährlichen Wirkungen der Tabaksklystiere im Kindesalter sah Hr. Bertini ein Beispiel, welches er in dem *Giornale delle Scienze mediche della Società medico-chirurgica di Torino* erzählt. Das Kind war 4½ Jahr alt und die Eltern brachten ihm ein von einer halben Zigarre bereitetes Klystier bei, in der Absicht, gegen Würmer zu wirken. Das Kind wurde aber in sehr übeln Zustand versetzt, und als Hr. B. herbeikam, fand er es in ausserordentlicher Aufregung, in Krämpfen, mit bleichem Antlitz, kontrahirten Pupillen, stieren Augen, mit dem Ausdruck der Betäubung im Antlitze, mit einem kleinen und schwachen Pulse; kaltem Schweisse über den ganzen Körper, Uebelkeit und Schmerz beim Drucke auf das Epigastrium. Er verordnete ein abführendes Klystier und liess starken Kaffee mit Zucker einflössen und den ganzen Körper stark reiben; er liess ferner das Antlitz mit kaltem Wasser besprengen und Schwefeläther auf die Schläfen und das Epigastrium aufstreichen. Bald erholte sich der Knabe; sobald er schlucken konnte, musste er viel Limonade trinken. Zwei Tage nachher war er vollkommen hergestellt.

Chlor gegen Scharlach. Dr. Maitland bemerkt in der *Lancet*, dass, wenn bei Scharlachkranken Chlor angewendet wird, gerade zu derselben Zeit, wenn die Kranken Kalomel bekommen, sich Sublimat in den esrten Wegen bilde. Um es an sich selber zu erproben, nahm er 2 Gran Kalomel und zu gleicher Zeit 6 Minims von der Watson'schen Chlorsolution. Am nächsten Morgen fühlte er im Munde einen metallischen Geschmack, ein Lockerwerden der Zähne und bemerkte einen kleinen grauen Fleck am Zahnfleisch, Erscheinungen, welche 2 Gran Kalomel bei Erwachsenen sonst nicht zu bewirken pflegen. Da man Scharlachkranken nicht selten Kalomel giebt, und bisweilen zu gleicher Zeit in die Nothwendigkeit versetzt wird, chlorhaltige Mund- und Gurgelwasser anzuwenden, so ist diese Mittheilung nicht ohne Wichtigkeit.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VI.] BERLIN, MAI 1846. [HEFT 5.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Beobachtungen über die Wassersucht, die nach dem Scharlach aufzutreten pflegt,* von Dr. Merbach, Hülfsarzt an der Kinderheilanstalt zu Dresden.

Während einer Scharlachfieberepidemie, welche vom Monat April 1845 bis zum Monat Februar 1846 in Dresden herrschte, war unter den Nachkrankheiten des Scharlachs die Wassersucht die häufigste, indem auf 4 Scharlachkranke einer kam, der später in diese Krankheit verfiel. Bei Angabe dieses Verhältnisses sind aber auch die leichtesten Fälle mit einbegriffen, in denen die Wasseransammlungen nur in einem geringen Oedem des Gesichts bestanden. Die Zeit des Auftretens der Wassersucht fiel meistens zwischen den 14. — 21. Tag vom Ausbruche des Exanthems an gerechnet, sowohl in den Fällen, wo die Krankheit durch äussere zufällige, leicht nachweisbare Ursachen entstanden war, als auch in denen, wo sie sich ohne diese und scheinbar von selbst entwickelte. In den meisten Fällen folgte die Scharlachswassersucht auf eine Erkältung, und zwar deklarirten sich dann die ersten Symptome bereits nach einigen Stunden; in andern jedoch konnte man keine ähnlichen Gelegenheitsursachen auffinden, indem die Kinder auch bei der exemplarischsten Sorgfalt und Verhütung jedweder Erkältung dennoch wassersüchtig wurden; indessen mochte dann gerade durch den längeren Aufenthalt der Rekonvaleszenten in zu warmer Umgebung die Haut in dem Grade gegen die leiseste Temperaturveränderung empfindlich geworden sein, dass für sie Einflüsse schon krankmachend waren, die der Beobachtung der sie umgebenden gesunden Menschen entgangen waren. Ausserdem aber mussten immer noch innere, unbekannte Ursachen die Entstehung der Wassersucht begünstigen, indem man sah, dass von Geschwistern, die zusammen erkrankt

waren und die sich immer in denselben äussern Verhältnissen während der Zeit der Rekonvaleszenz befanden, manche hydropisch wurden, die andern aber nicht. Auch sah man Kinder sich nach überstandenem Scharlach unbeschadet den Einflüssen aussetzen, die bei andern Wassersucht herbeigeführt hatten. Unter 23 Fällen von Wassersucht, deren detaillirte Krankengeschichten mir vorliegen, waren 14, wo während des Scharlachfiebers kein Arzt hinzugerufen worden war, ohne Zweifel wegen des gutartigen Verlaufs und der geringen Intensität des Ausschlags und des ihn begleitenden Fiebers. Die Kinder, welche in die Wassersucht verfielen, waren meistens von skrophulösem Habitus und besonders durch eine zarte blasse Haut und durch feines blondes Haar ausgezeichnet. Der Grad der Desquamation schien auf die Entstehung der Wassersucht keinen besonderen Einfluss gehabt zu haben, indem man diese Krankheit sowohl bei Kindern beobachtete, deren Epidermis sich in grossen Stücken ablöste, als auch bei solchen, wo man nur eine unbedeutende kleienartige Abschuppung bemerkte. Die Wassersucht kam bei Kindern in jedem Alter vor, öfter aber bei Knaben als bei Mädchen, indem sich unter 33 Fällen 20 Knaben und 13 Mädchen befanden.

Die Scharlachswassersucht trat in allen Fällen zuerst als Wassersucht des subkutanen Zellgewebes auf, die in den leichtern nur im Gesicht sich lokalisirte, in den schwerern ausserdem die *Knöchel der* Hände und der Füsse, und Hand- und Fussrücken, im höchsten Grade die ganzen Hautbedeckungen einnahm, wobei jedoch immer die obern Extremitäten weniger als die übrigen Theile angeschwollen waren. Bei Knaben zeigte sich beinahe immer Skrotalödem, zuweilen in solchem Grade, dass das Skrotum an Grösse zweien aneinandergelegten Fäusten gleichkam, dabei war die Skrotalgeschwulst milchglasartig durchscheinend, kalt anzufühlen, von weisser Farbe und beim Versuch sie zu heben schmerzhaft. Bei Mädchen beobachtete man Oedem der grossen Schamlippen und in einem Fall mit Leukorrhoe komplizirt. In Fällen allgemeiner Wassersucht war auch das die innern Organe umgebende Zellgewebe hydropisch. —

Nächstdem waren es besonders die Höhlen der serösen Häute, die sich mit wässrigen Stoffen füllten, und unter ihnen war die Peritonealhöhle am öftersten wassersüchtig. Meistens trugen die daselbst angesammelten Flüssigkeiten die deutlichen Spuren eines rein entzündlichen Produkts an sich. Sie waren trübe, mit durchsichtigen, gallertartigen, nussgrossen, durch Zusammenpressen bis zu Kirschkorngrösse

reduzirbaren Faserstoffgerinnseln vermischt, von gelber Farbe und sehr eiweisshaltig. Das Peritonäum selbst, besonders der peritoneale Ueberzug der grösseren Unterleibsorgane war mit liniendicken, grünlichen Exsudatschichten bedeckt, einzelne Darmschlingen theils unter sich, theils mit dem Peritonäum durch gallertartige, zitternde, membranöse Faserstoffgerinnsel verklebt, oder an einigen Stellen durch 4 — 5 Zoll lange, leicht zerreissbare Fäden verbunden. Das Peritonäum sah man an den mit Exsudat bedeckten Stellen leicht verdickt und trübe, und in zwei Fällen unter dem peritonealen Ueberzug der Leber, des Mesenteriums und des grossen Netzes eine Menge linsengrosser schwarzrother, ekchymotischer Blutextravasate. In den meisten Fällen war der Unterleib der wassersüchtigen Kranken stark aufgetrieben, und bot ausser der tympanitischen Auftreibung der Eingeweide die deutlichen Symptome der Undulation dar. Schmerzhaft war der Unterleib beim Druck sehr oft; endlich beobachtete man in Folge des entzündlichen Zustandes des Peritonäums Erbrechen.

Seltener als Askites kam Brustwassersucht vor und zwar 4 mal auf 23 Fälle. Auch hier lagen den Ansammlungen flüssiger Massen entzündliche Prozesse der Pleuren zu Grunde; die ergossenen Flüssigkeiten waren trübe, eitrig, mit Exsudatflocken vermischt, die Pleuren selbst verdickt und mit Pseudomembranen überzogen. Während des Lebens boten diese entzündlichen pleuritischen Ergüsse die ihnen eigenen Symptome dar; indessen durfte man nicht immer auf das Dasein einer Brustwassersucht schliessen, sobald die Respiration mühsam und frequent und die Dyspnoe gross war, denn diese sehr oft beobachteten Zeichen hingen meistens nur von einem ödematösen Zustand der Lungen selbst ab, der mit Entzündungen kleinerer Lungenparthieen komplizirt war. Bei einigen Kranken war die Respiration so ungeheuer mühsam und beschleunigt, die Erstickungsangst so gross, dass, wenn diese Symptome nur von einem durch bedeutende Wasseransammlung in den Pleurahöhlen hervorgebrachten Zustande von Kompression der Lungen hergerührt hätten, der Perkussionston in einer grossen, fast die ganze Rückenfläche einnehmenden Ausdehnung hätte dumpf sein müssen, was mit der Beobachtung nicht übereinstimmte; im Gegentheil fand man ihn in diesen Fällen entweder in einer höchst unbedeutenden Ausdehnung matt, oder er behielt seine normale Sonorität. In den Fällen, wo pleuritische Exsudate vorhanden waren, fand man an der Rückenfläche je nach der Menge des Ergusses den Perkussionston matt. Da diese Pleuresieen stets mit dem oben erwähnten ödematös-

entzündlichen Zustand der Lungen komplizirt waren, so gab die Auskultation Zeichen, die von diesem bedingt waren und die weiter unten angegeben werden sollen. Reibungsgeräusche kamen in keinem Falle vor; waren die unteren Lungenlappen stark komprimirt, so hörte man entweder kein Athmungsgeräusch oder ein unbestimmtes. Eine eigentliche Perikarditis wurde unter jenen oben erwähnten 23 Fällen nicht beobachtet, wohl aber fand man die Menge des *Liquor pericardii* einige Male vermehrt bis 3 — 4 Unzen. Eben so wenig kam eine Entzündung der Arachnoidea vor. Die entzündlichen Zustände des Peritonäums und der Pleuren wurden in den Fällen ausgebreiteter Wassersucht beobachtet, und traten sehr früh, meist in den ersten Tagen der Krankheit auf.

Die Lungen betreffend, so wurden 9 Fälle beobachtet, wo sie affizirt waren. Die dieses Lungenleiden begleitenden Zustände, Husten, Dyspnoe u. s. w., hingen aber nie von einer eigentlich lobären, ein plastisches granulirendes Exsudat setzenden Entzündung der Lungenzellen ab, sondern waren die Folge höchst akuter Oedeme des Lungenzellgewebes, die allerdings mehr oder weniger entzündlicher Natur waren. Solche ödematöse Lungen waren angeschwollen, fielen beim Oeffnen der Brusthöhlen nur wenig zusammen, krepitirten beim Einschneiden und ergossen eine grosse Menge schäumenden blutigen Serums; dieser Zustand war in den oberen Parthieen am meisten ausgesprochen. Ausserdem fand man in einigen Fällen in den untern Lungenlappen mehrere scharf umschriebene, erbsen- bis wallnussgrosse, dunkel-braunrothe, nicht krepitirende, ein äusserst zähes, schmutzig-braunrothes, nicht schäumendes und wenig plastisches Exsudat liefernde Stellen, auf deren Durchschnittsflächen man aber den der eigentlichen krupösen Entzündung der Lungenzellen eigenen granulösen Bau nicht erkennen konnte. Fanden pleuritische Ergüsse statt, so fand man das Gewebe der untern Lappen im Zustande der Kompression, das der obern in dem des akuten Lungenödems. In einigen Fällen sah man an den vordern Rändern der Lungen Emphysem. Die Schleimhaut der Trachea und der grössern Bronchien war sammtartig, geröthet und mit dickem, schaumigem Schleime überzogen; in einem Fall sah man die Follikel der Schleimhaut als stecknadelkopfgrosse und noch kleinere gelbliche Hervorragungen, die seitlich gedrückt ihren Inhalt ergossen. Die in den Lungen verlaufenden Bronchialäste 3., 4. und 5. Ordnung lieferten alle ein kopiöses, zähes, grünliches Sekret. Die von diesen Zuständen bedingten Symptome waren:

häufige, äusserst mühsame Respiration, die alle Athmungsmuskeln, sogar die des Gesichts, im höchsten Grade in Anspruch nahmen; Unvermögen, die Rückenlage anzunehmen, wodurch die Kranken gezwungen wurden, im Bett eine sitzende Stellung einzunehmen; Husten mit Sputis, die bald rein katarrhalischer Natur, bald röthlich gefärbt waren, ohne deshalb denen zu gleichen, die die ächte Pneumonie begleiten. Manche Kranke empfanden Seitenschmerz, aber nur bei gleichzeitiger Komplikation mit Pleuritis, die meisten jedoch klagten nur über die auf das Höchste gestiegene Angst und Erstickungsgefahr, ein Zustand, der ohne Zweifel davon abhing, dass die Lungenzellen durch das Oedem des sie verbindenden Zellgewebes mehr oder weniger komprimirt wurden. Die Auskultation liess dabei je nach der Ausbreitung des krankhaften Zustandes die verschiedensten Rhonchen hören, rasselnde und pfeifende, alle von dem das Lungenödem begleitenden Lungenkatarrhe abhängig; zuweilen vernahm man feine krepitiirende Rhonchen, deren Quelle in den oben beschriebenen lobulären Entzündungen der Lungenzellen zu suchen war. Das Athmungsgeräusch verlor seinen rein vesikulären Charakter und wurde mehr oder weniger unbestimmt, eigentliches Bronchialathmen wurde nur in einem Falle beobachtet. Die Perkussion anlangend, so behielt der Schall trotz der Oppression der Brust und der auf Lungenkompression hindeutenden Zeichen oft seine normale Sonorität; oder er wurde bei gleichzeitiger Komplikation mit pleuritischen Ergüssen mehr oder weniger matt und leer gefunden; jene oben erwähnten lobulären Pneumonieen verursachten theils wegen ihrer Kleinheit, theils wegen ihrer meist zentralen Lage keine bedeutende Dämpfung des Schalles.

Entzündliche Affektionen der Zirkulationsorgane wurden nicht beobachtet. In den Herzhöhlen sassen grosse, gallertartige, ödematöse Faserstoffgerinnsel. Von Imbibition der innern Fläche des Herzens und der grossen Gefässe fand man keine Spur. Der Herzschlag war in den schwerern Fällen stark und heftig und immer, auch in den leichtern, sehr frequent. Anomale Geräusche wurden in keinem vernommen; in dreien trat während des Verlaufes der Krankheit (zweimal als Wirkung der Digitalis) unregelmässiger Pulsschlag auf, der, ausser dass er an Frequenz verlor, zuweilen aussetzte, nach einigen Tagen aber wieder regelmässig wurde. In einem einzigen Falle endlich von allgemeiner Wassersucht trat gegen die Mitte der Krankheit eine deutliche Jugularvenenpulsation auf, wobei die Venen beider Seiten abwechselnd bis zur Dicke eines kleinen Fingers anschwollen und

dann etwas zusammensanken. Diese Erscheinung hielt einige Tage an, und verschwand, sobald der Knabe an Kräften zunahm.

Das Nervensystem blieb in den leichtern Fällen von Wassersucht frei von jedweder Affektion, wenn man die Symptome ausnimmt, welche durch das diese Krankheit begleitende Fieber bedingt waren und sich durch Kopfschmerz, Unruhe, Schlaflosigkeit und grosse Mattigkeit äusserten. In den schwerern Fällen jedoch litt das Gehirn auf eine sehr ernste Weise, und der soporöse Zustand, die Delirien und die Krämpfe, welche man beobachtete, deuteten auf ein schweres Ergriffensein dieses Organs. Entweder traten die Symptome der Gehirnreizung sehr früh ein und zwar in den akut verlaufenden Fällen, oder sie folgten in den chronischen erst im spätern Verlauf der Krankheit, wo sie die Vorläufer des Todes waren. Die Gehirnmasse fand man äusserst weich, ödematös, beim Druck auf die Durchschnittsfläche mehr als gewöhnlich Feuchtigkeit hergebend. Die Seitenventrikel etwas weit, zwischen den Hirnhäuten etwas das gewöhnliche Quantum übersteigende seröse Flüssigkeit angesammelt. Diese akuten Oedeme des Gehirns traten meist plötzlich ein und verliefen dann immer tödtlich. Sie wurden nur in Fällen von allgemeiner ausgebreiteter Wassersucht beobachtet und unter dreiundzwanzigen nur dreimal.

Der Darmkanal zeigte folgende pathologische Veränderungen: In den meisten Fällen belegte sich die Zunge wenige Tage nach dem Auftreten des Oedems mit einer dicken Lage Schleimes, der in der Mitte und an der Wurzel der Zunge eine hellgelbe, an den Seiten aber eine weisse Farbe hatte. Nie war die Zunge ganz rein, und sie zeigte auch in den leichtesten Fällen einen, wenn auch dünnen, schleimigen Ueberzug. Diese anomale Schleimsekretion fand auch im Magen statt und wurde zweimal daselbst in ganz eklatanter Weise angetroffen, wo man die Schleimhaut von einer dicken, in wirklichen Membranen sich ablösenden, äusserst zähen Schleimschicht bedeckt fand. Die Schleimhaut darunter zeigte eine fein punktirte Röthe, war fest und nicht erweicht. Einmal beobachtete man diese Schleimsekretion durch den ganzen Darmkanal hindurch, in geringerem Grade im Jejunum und Duodenum, stärker aber im Ileum und dem Dickdarm; dabei fand man die Lentikulardrüsen bis über Hirsekorngrösse angeschwollen und mit weissem, zähem Schleime angefüllt. Die Mesenterialdrüsen boten nichts Krankhaftes dar. In allen Fällen war die Verdauung gestört; nur in den leichtern genossen die Kranken etwas, sonst fand Appetitlosigkeit statt. Zuweilen begleitete den Ausbruch der

Wassersucht mehrmaliges Erbrechen von wässrigen Stoffen, meistens waren die Gedärme tympanitisch aufgetrieben, beides Folgen des inflammatorischen Zustandes des Peritonäums. Einigemal sah man Reizungszustände der Leber, die sich durch Schmerz in dem rechten Hypochondrium und bittern Geschmack bei stark belegter Zunge und ikterischem Urin zu erkennen gaben. Meistens waren die Stuhlausleerungen träge und hart, oder es fand eine ziemlich hartnäckige Verstopfung statt; selten litten die Kranken an Durchfall, wodurch wässrige Stoffe ausgeleert wurden; nur in den ganz gelinden Fällen wichen die Stühle vom Normalen nicht ab. — Das uropoetische System anlangend, so beobachtete man Folgendes: In allen Fällen von Scharlachswassersucht waren die Nieren der Sitz einer tief in ihre Struktur und Funktion eingreifenden Veränderung. In den exquisiten Fällen waren die Nieren immer sehr gross (die eines 6jährigen Knaben 4½ Zoll lang) von blassem, blutleerem Aussehen, ihre Oberflächen von graugelblicher Farbe, von feinen Blutgefässen hier und da durchzogen, wodurch sie ein grau und roth marmorirtes Aussehen erhielten. Die Kortikalsubstanz bis zu drei Linien und darüber verdickt, anämisch und mit einer graugelblichen, speckähnlichen, harten, brüchigen, auf dem Bruche eine fein granulirende Beschaffenheit zeigenden, unregelmässig von feinen Blutgefässen durchzogenen Masse infiltrirt, die sich an einigen Stellen bis in die Tubularsubstanz fortsetzte, wodurch die Tubuli sich auseinandergedrängt darstellten und die Gränze derselben und der Kortikalsubstanz vermischt wurden, da beide ineinander zu fliessen schienen. Einmal beobachtete man Erweiterung des Nierenbeckens und in Folge eines Katarrhes seiner Schleimhaut und der des Ureters diese Räume mit einer trüben, gelblich-grauen, schleimigen Flüssigkeit angefüllt. Die Harnblase war ausgedehnt und enthielt eine ziemlich bedeutende Quantität ammoniakalisch riechenden Urins. Von keinem Kranken wurden in der Nierengegend Schmerzen empfunden, auch wenn man einen Druck darauf ausübte. Die bedeutendste Anomalie, die von der erwähnten Nierenkrankheit abhing, bestand in der Qualität und Quantität des Urins. Immer nämlich wurde beobachtet, dass der Urin wassersüchtiger Kinder eiweisshaltig war, sogar in den leichtesten Fällen trat dieser neue Bestandtheil im Urine auf. Die Menge des Eiweisses im Urin war verschieden, je nach der Intensität und nach dem Stadium der Krankheit, sowohl seine absolute als auch seine relative Menge. Im Allgemeinen wurde beobachtet, dass desto mehr Eiweiss im Urin enthalten war, je allgemeiner und intensiver die Wassersucht

und je früher ihr Stadium war; seine Menge nahm ab im späteren Verlaufe, bis es nach und nach ganz verschwand. Eine gleichmässige Abnahme des Eiweissgehaltes, die ganz in demselben Verhältniss stand, wie die Abnahme der Wassersucht selbst, konnte oft nachgewiesen werden; zuweilen aber kam es auch vor, dass die Eiweissmenge bald abnahm, bald wieder wuchs und dann wieder abnahm, bis sie endlich ganz verschwand, während bei diesen Schwankungen im Eiweissgehalte gleichzeitig die Wassersucht schrittweise nach und nach abnahm. So fand man bei einem Kranken noch am 14. Tage der Wassersucht 13,9 Prozent [1]) Eiweiss, einige Tage darauf 4,29; nach acht Tagen war es wieder auf 11,2 gestiegen, ohne dass dabei die Oedeme zugenommen hätten, und zuletzt sank die Menge auf 4,19, bis es endlich ganz daraus verschwand. In einigen Fällen beobachtete man immer noch einen, wenn auch sehr unbedeutenden Eiweissgehalt im Urin, während doch die Wasseransammlung gänzlich abgenommen hatte; so z. B. war in dem oben erwähnten Falle keine Spur mehr von Hautödem zu bemerken, als der Urin in 1000 Theilen noch 0,809 Eiweiss enthielt; in einem zweiten waren auch alle Oedeme verschwunden und doch enthielten 1000 Theile noch 0,562 Eiweiss, und in einem dritten kamen auf 1000 Theile 0,085 Eiweiss. Dasselbe beobachtete man noch bei mehreren Kranken, die scheinbar gesund waren, deren Urin aber durch Erwärmen sich noch längere Zeit trübte. Dabei konnte man aber bemerken, dass die Kinder so lange noch ein anämisches, chlorotisches Ansehen behielten, als der Urin noch eiweisshaltig war, und nur dann erst fing ihre Gesichtsfarbe wieder an blühend zu werden, als durch den Urin kein Eiweiss mehr ausgeschieden wurde. Eine mit dem Eiweissgehalte koinzidirende Erscheinung ist die Abnahme der Menge des Harnstoffes. Die in verschiedenen Analysen gefundenen Werthe desselben schwanken zwischen 15,56 Prozent und 20,27 Prozent in 100 Theilen festen Rückstandes. Der Urin der Kinder ist wohl etwas ärmer an Harnstoff, als der Erwachsener, doch kann man den mittleren Werth desselben in 100 Theilen festen Rückstandes immer noch auf 40 Prozent annehmen, was mit den obigen Werthen verglichen eine bedeutende Differenz giebt. Die Menge des Harnstoffes nahm nicht in dem Maasse zu, wie der Eiweissgehalt abnahm, so dass auch noch dann, wenn schon kein Eiweiss mehr im Urin enthalten war,

---

1) Das prozentische Verhältniss bezieht sich auf 100 Theile festen Rückstandes.

die absolute Menge des Harnstoffes noch nicht den normalen Werth erreicht hatte. So war in einem Falle, als schon mehrere Tage lang kein Eiweiss mehr im Urin gefunden wurde, die Menge des Harnstoffes in 100 Theilen festen Harnrückstandes nur erst 21,335. — Sobald der Urin beim Auftreten der Wassersucht eiweisshaltig wurde, nahm er beinahe immer eine gesättigte, schmutzige, rostbraune Farbe an und wurde trübe durch verschiedenartige Sedimente und beigemengten Schleim; oft sah man im Urin grosse röthliche Flecken herumschwimmen, die sich beim Schütteln in feine Partikelchen zertheilten. Die Reaktion war in den meisten Fällen sauer, nur zweimal war sie stark alkalisch, wobei der Urin mit Säuren stark aufbrauste. Jene dunkle, schmutzige, rostbraune Farbe behielt der Urin etwa drei Wochen, dann wurde er klarer, von heller stroh- oder zitrongelber Farbe; meistens behielt er diese Farbe bis zu Ende der Krankheit, wobei der Urin entweder nur eine leichte Trübung (*Nubecula*) zeigte, oder ein weisses, sehr kopiöses pulvriges Sediment. Einigemal beobachtete man auch mehrere Tage hindurch eine ganz rothe Farbe, von aufgelöstem Blutroth herrührend; endlich auch, dass der Urin, nachdem er schon einmal die helle zitrongelbe Farbe angenommen hatte, wieder sich plötzlich auf mehrere Tage rostbraun färbte, und dann erst wieder die helle Farbe annahm. In den ersten Tagen der Krankheit war die Quantität des jedesmal gelassenen Urins immer sehr gering; die Kranken fühlten sehr oft den Drang zum Urinlassen, ohne ihn befriedigen zu können. Sehr oft trat eine 12 — 24 Stunden anhaltende Urinretention ein, wobei die Blase ganz leer war. Nach und nach nahm die Urinsekretion zu, so dass binnen 12 — 16 Stunden an 4 — 6 Unzen gelassen wurden; sobald die Periode eintrat, wo der Urin heller gefärbt aussah, nahm die Quantität des gelassenen Urins sehr bedeutend zu, so dass oft binnen 2 Stunden an 6 Unzen und mehr gelassen wurden, ja in einem Falle betrug die Menge des in einer Nacht gelassenen an 2 Maass.

Der Verlauf der Scharlachswassersucht war sehr verschieden. Selten war er so akut, dass die Krankheit nur einen bis zwei Tage dauerte und durch ein akutes Oedem der Lungen oder des Gehirns mit dem Tode endete. Meistens war die Krankheit von längerer Dauer, hielt in den leichtern Fällen 1 — 2 Wochen an, in den schwerern, günstig ablaufenden brauchte sie 4, 6 — 8 Wochen. Das eigentliche Stadium der Wasseransammlungen hielt dann immer mehrere Wochen an, wobei sich die Oedeme entweder gar nicht, oder nur

unbedeutend verringerten und der Zustand bei fortwährendem Fieber, sparsamem, eiweisshaltigem Urin, trockner Haut und gestörter Verdauung sich gleich blieb, bis endlich die Geschwulst abnahm, wobei der Urin reichlicher wurde und anfangs ein gelinder, später oft ein sehr kopiöser Schweiss sich einstellte; einigemal beobachtete man auch eine anhaltende wässrige Diarrhoe, wobei die Wasseransammlungen abnahmen. Ein plötzliches Verschwinden der Oedeme kam nie vor, sondern sie nahmen immer allmälig ab. Rückfälle ernster Art kamen nicht vor, wohl aber bemerkte man öfter, dass, nachdem die Zellgewebsödeme gänzlich geschwunden waren, diese plötzlich im Gesicht und an den Füssen unter leichten Fieberbewegungen auf einen oder einen halben Tag, ja nur auf einige Stunden wieder erschienen, aber schnell unter reichlicherem Urinabgang oder Schweiss wieder verschwanden. In allen Fällen blieb eine grosse, anhaltende Mattigkeit zurück; einigemal traten am Ende der Krankheit Varizellen oder Urtikaria auf, einmal einzeln stehende follikuläre, mit einem breiten rothen Hofe umgebene, sehr schmerzhafte pustulöse Eruptionen. Endlich beobachtete man noch in einem Falle, nachdem schon alle Wasseransammlungen gänzlich abgenommen hatten, eine einige Tage anhaltende *Incontinentia urinae.* In den tödtlich verlaufenden Fällen trat der Tod entweder, wie schon erwähnt, sehr zeitig ein, oder die Krankheit tödtete erst nach längerer Zeit, und zwar immer durch Lungenödem oder Gehirnödem. —

Das in dieser Krankheit beobachtete Mortalitätsverhältniss war sehr ungünstig, da von 33 Kranken 10 starben. Die ungünstigsten Zeichen waren die, welche auf ein schweres Ergriffensein des Gehirns hindeuteten; weniger ungünstig, doch noch immer gefährlich, waren die Erscheinungen des Lungenödems, der lobulären Pneumonie und der Pleuresieen; von 9 hierher gehörenden Fällen verliefen 5 tödtlich. Ausbreitung des Anasarka über den grössten Theil des Körpers, wobei keine Zeichen einer Lungen- oder Gehirnreizung bemerkt wurden, war weniger gefährlich, indem viele Fälle beobachtet wurden, die trotz dem, dass die Patienten unförmlich angeschwollen waren, aber frei respiriren konnten und vollkommen bei sich waren, dennoch wieder günstig verliefen. —

Was die Behandlung anlangt, so kann man aus dem ungünstigen Mortalitätsverhältniss und aus der langen Dauer der nur einigermaassen intensiv auftretenden Fälle schliessen, dass sie im Allgemeinen bei dieser Krankheit nicht gerade sehr erfolgreich ist. Da das Nierenleiden,

welches bei den ganzen eben auseinandergesetzten pathologischen Prozessen eine so wichtige Rolle spielt, kein rein entzündliches ist, so fand auch gegen dasselbe das rein antiphlogistische Heilverfahren keine Anwendung, sondern nur dann, sobald entzündliche Komplikationen in andern Organen auftraten. Es soll hier nicht speziell in die Behandlung der vorliegenden Krankheit eingegangen, sondern nur kurz Einiges über den Erfolg der urin- und schweisstreibenden Mittel angegeben werden. Unter den erstern wurde am häufigsten die Digitalis, Squilla und der *Tart. borax.* angewendet. Diese Mittel, im Anfange der Wassersucht gereicht, waren so gut wie ohne alle Wirkung, indem auch auf ihre Tage lang fortgesetzte Anwendung keine bedeutende Vermehrung des Urins und keine sichtbare Abnahme des Oedems erfolgte. Es schien, als wenn dies erst dann stattfinden könnte, sobald das in den Nieren abgesetzte eiweisshaltige Exsudat sich zu resorbiren begann und somit die normale Struktur der Nieren allmälig wieder hergestellt wurde. Auch die grössten Gaben Digitalis erregten keine gesteigerte Diurese, während doch durch andere Symptome sich ihre Wirkung auf den übrigen Organismus genugsam kund gab. Wie schon erwähnt worden, trat in den glücklich verlaufenden Fällen ein Zeitpunkt ein, wo plötzlich der Urin reichlicher abging; es ist dann wahrscheinlich, dass, da zu dieser Zeit die Nieren ihre normale Struktur wieder angenommen haben, nun auch die diuretischen Mittel diese Organe zu vermehrter Thätigkeit anreizten. Der Erfolg der Behandlung hängt daher ursprünglich von der Ausbreitung und der Intensität der zu Grunde liegenden Nierenkrankheit ab; war die Natur im Stande diese zu heilen, dann kann sich die Kunst der Nieren bedienen, um die Wasseransammlungen schnell aus dem Körper zu entfernen. Die Oedeme durch Anwendung schweisstreibender Mittel zu beseitigen, gelang im ersten Stadium der Krankheit nie. Die Haut blieb trotz den kräftigsten Diaphoreticis meist trocken und unthätig; am besten wirkten noch allgemeine Bäder, auf deren Anwendung wohl ein gelinder Schweiss ausbrach, aber ohne dass man eine sichtliche Abnahme der Oedeme bemerkte.

Einige Anmerkungen über ältere und neuere Therapeutik des *Hydrocephalus acutus*, von Dr. W. Jütting, Arzt in Münster.

Wenn in den medizinischen Journalen Berichte erstattet werden von gelungenen Heilungen der hitzigen Hirnwassersucht durch Anwendung ganz neuer Methoden und Arzneien, die mit den bisher üblichen oft in dem frappantesten Gegensatze stehen, so dürfte dies eine der Erprobung und Bestättigung allerdings werthe Erscheinung sein. Der Hydrokephalus ist eine die ärztliche Mühe und Sorgfalt nur zu oft verlachende Krankheit, dass gewiss die Aerzte, welche mit ihrer Wissenschaft nicht abgeschlossen haben, oder ihre Erfahrungen nicht einzäunen wollen, derartige Produkte auf unserm literarischen Gebiete immer mit einiger Aufmerksamkeit betrachten, und *manu suspensa* wohl verfolgen, weil ja jede Summe des Wissens und der Beobachtung um eine Nummer sich noch vermehren lässt. Der Zeitgeist in der Medizin hat es immer gekonnt und gewollt, dass man die durch Autoritäten befestigten Normen für die Behandlung mancher Krankheiten theils modifizirte, theils ganz verliess, und in mehr oder weniger veränderter Richtung Heilung suchte und fand.

Die Geschichte der Medizin, welche uns nicht allein die Systeme aufbewahrt, die in den Zeiten geherrscht haben, sondern mit ihnen auch die Krankheiten in ihren veränderten Gestalten, liefert die Ausschlüsse und Erklärungen. Modifiziren sich also die Krankheiten, so ist eine zeitgemässe veränderte Therapeutik nothwendig und unausbleiblich. Dass solche pathische Modifikationen sich auch für unsere Zeit geltend gemacht haben, ist wohl nicht zu läugnen, und mithin stehen auch die desfallsigen therapeutischen Emanationen gerechtfertigt da. Modifiziren sich die Krankheiten auch nicht, so bleibt dennoch den unerschöpflichen Kräften der Natur und dem forschenden Genie des Arztes ein *aliquid aliud ad antea* anheimgegeben. Das therapeutische Wissen wäre ja sonst ein perfektes.

Als neue Empfehlungen, die mit glücklichen Resultaten gekrönt wurden, machten sich in den Journalen geltend:

1. *Aqua oxymuriatica.* Sollte dieses Mittel, welches die exzessive Gefässthätigkeit beschränkt, Kongestionen vermindert, und zweifelsohne auch noch andere wichtige Wirkungen und Alterationen auf Blut und Nerv und ihr Leben nach der neuern Chemie und Pharmazie im Gefolge hat, wohl die übrigen kräftigern Antiphlogistika

entbehrlich machen? Reicht man damit vielleicht aus bei schwächlichen, lebensarmen Kindern, deren Blut sich der Zersetzung und deren Nerven sich der Erweichung zuwenden? Die vorzüglichen Wirkungen des Chlorwassers in Behandlung des *Typhus cerebralis* habe ich zu beobachten Gelegenheit gehabt, und zwar auch bei ganz jugendlichen Subjekten; jedoch erschienen mir sogar bei dieser Krankheit Blutegel und kalte Fomente ganz unentbehrlich. Dass *Hydrocephalus acutus* und *Typhus cerebralis* im Anfange beide eine entzündliche Basis haben, ist wohl zu sagen; dass in ersterer Krankheit das entzündliche Moment präponderirt und deshalb die grösste Aufmerksamkeit verdient, ist eben so fest zu behaupten, als dass in letzterer Krankheit jenes Moment durchaus nicht ausser Acht zu lassen ist. Die verderbliche Entwicklung der *Encephalitis infantum* kann gleich der der *Laryngitis exsudatoria* durch die Kunst des Arztes bei chronischem Verlauf verhindert, bei akutem kupirt werden.

Nachdem das flagrant Entzündliche in der hitzigen Hirnwassersucht durchaus gebrochen, und nur noch eine Gefäss- oder Blutreizung da ist, möchte die *Aqua oxymuriatica* vielleicht am Platze sein, obgleich ich eine Sättigung von *Kali carbon.* mit frischem Zitronensaft, welche nicht nur in einem hohen Grade das Gefässsystem beruhigt, sondern auch die Resorption, die Hautausdünstung und Urinsekretion ausgezeichnet befördert, vorziehen würde. Mit der Anwendung der *Aqua oxymuriatica* im *Hydrocephalus chronicus* würde es sich wohl anders verhalten, wovon aber der Verfasser nicht gesprochen hat.

Ob hier das Chlor auf etwaige Emollities im Hirn, entstanden durch eine allmälig wirkende *Causa interna*, wohl günstig einwirke?

2. *Flores Arnicae.* Der Verfasser, welcher die angeregte Krankheit mit *Flores Arnicae* glücklich bekämpfte, führt an, dass er nur deshalb die frühere Kurmethode verlassen, weil er hiermit immer so unglücklich gewesen wäre. Es ist dies allerdings sehr auffallend, jedoch dürfte man fragen, ob hier nicht die Schuld auf ganz besondere lokale oder individuelle Verhältnisse zu schieben sei, da es ja auf der andern Seite eben so fest steht, dass der Hydrokephalus nach der Behandlungsweise eines Formey geheilt ist, der sogar eine günstigere Prognose, als viele Andere, stellte. Dass die Krankheiten in den verschiedenen Gegenden auch verschieden erscheinen, und deshalb auch ein verändertes Kurverfahren erheischen, ist längst ausgesprochen. Ob aber die Differenz so gross ist, dass im *Hydrocephalus acutus,*

wovon der Verfasser gesprochen hat, hier die *Methodus antiphlogistica,* dort die *Methodus excitans* an Stelle ist, darüber wage ich nichts zu sagen. Es müssen darüber genaue Beobachtungen entscheiden. Der Grad der Entzündung ist überhaupt zu verschieden, und wird noch ganz insbesondere durch die geographische Lage bestimmt. Deshalb nun legt sich bei der Therapie der *Genius epidemicus* und *endemicus* hauptsächlich in die Wagschale, und modifizirt die Behandlung der entzündlichen Affektionen am allermeisten. So klären sich die zuweilen scheinbar kontradiktorischen Anpreisungen neuer Mittel und exklusiv wunderthätiger Wirkung auf. Von der Anwendung der Arnika im *Hydrocephalus chronicus* hat der Verf. nichts erwähnt.

Die Behandlung ohne *Evacuatio sanguinis* anlangend, so bemerke ich, dass auch schon früher Aerzte gegen Blutentziehung stimmten, so Sauvages, was nach dem Gesagten vielleicht nicht mehr sehr auffällig ist. Man könnte also wohl aufstellen, dass die Kuren in der hitzigen Hirnwassersucht unmöglich alle genau nach einer und derselben Façon zu instituiren sind, dass die Heilmethoden vielmehr oft vielfach nach Zeit, Ort und Individualität von jeher zu modifiziren waren. Es sei noch angeführt, dass hier in unserer Stadt bei vielen Kinderkrankheiten, und so auch bei drohendem Hydrokephalus, häufig ein *Status verminosus gastricus* bei der Therapeutik sehr muss berücksichtigt werden, und ich glaube sagen zu können, dass in solchem Falle die noch einfache Hirnreizung bei Vernachlässigung des abdominellen Leidens wohl in Entzündung übergeht.

3. Eine Quasi-Merkurial-Inunktionskur. Die Einreibung des *Ungt. Hydrarg. cin.* in Hals und Schläfen ist bekannt; jene Inunktionskur aber ist methodisch, an der innern Fläche der Schenkel, beinah wie die gegen Syphilis. *Tentare licet.*

4. Jod, Jodkali, Jodquecksilber, Leberthran. Bei skrophulöser Basis der Krankheit möchten diese Mittel indizirt sein, vornehmlich bei chronischem Verlauf. Es lässt sich nicht läugnen, dass der Hydrokephalus sehr oft in skrophulösem Boden wurzelt. Dass der Arzt in solchen Fällen auf die Skrophulosis und resp. auf skrophulöse, seröse, fibrinöse Exsudationen und Degenerationen einzuwirken hat, darauf haben wiederum die neuern anatomisch-pathologischen Forschungen beim Hydrokephalus hinreichend aufmerksam gemacht. Tritt der *Hydrocephalus acutus genuin,* ohne diese Beimischung auf, so dürfte das Jod oder auch das Jodkali im Anfange der Kur durchaus

verwerflich sein. Ist aber in Folge einer fehlerhaften Ernährung allmälig eine Erkrankung des Hirnes und seiner Häute eingeleitet, und gesellt sich hierzu ein chronisch-schleichend-entzündlicher Zustand, so ist unter solchen Verhältnissen, wo kein *Periculum in mora* ist, vom Jod und seinen Präparaten eine gewiss ausgezeichnete Anwendung zu machen.

Zum Ende bemerke ich, dass auf die *Cura prophylactica* auch in dieser Krankheit ein Gewicht zu legen ist, besonders wenn das Kopfwasser in einer Familie als erblich sich bemerkbar gemacht hat. Hier käme es denn darauf an, wenn die Skrophulosis familiär und hereditär ist, gegen diese Dyskrasie recht frühzeitig einzuschreiten, resp. ihrer Ausbildung vorzubauen durch Ueberwachung und Regulirung der Diät; sodann durch Handhabung der hierbei zweckdienlich erscheinenden innern und äussern Mittel, welche zu bekannt sind, um angeführt zu werden, wenn ich etwa ausnehme und anführe, dass es Aeskulape giebt, die skrophulöse schwangere Mütter zu bestimmen wissen, vom vierten Monat der Schwangerschaft ab Leberthran zu trinken oder milde Eisenpräparate zu gebrauchen. Hätte sich die entzündliche Diathesis ausgesprochen, so dürfte hiergegen so gut wie gegen Skrophulosis zu verfahren sein. Die genaue, sorgfältige Pflege der leicht erregbaren kindlichen Psyche käme in vorzüglichen Betracht. Die psychische Erziehung wäre den Geistes- und Körperkräften anzupassen; so könnte bei torpider Natur eine geistige Anregung vortheilhaft einwirken, während bei reizbarer die frühe oder starke Aufregung und Anstrengung zu vermeiden wäre, und die Ausbildung durch Schulunterricht so lange zu verschieben, bis eine gesunde und natürliche Entwickelung des Körpers es erlaubte.

Ein Weiteres über die definitive Kur zu sagen ist überflüssig, da hierüber die Autoren in den Journalen und Werken Ausführliches geschrieben und oft wiederholt haben. Beiläufig anführen möchte ich allenfalls, dass die Einreibungen des *Ungt. Tart. stib.* auf den kahl geschorenen Kopf, nachdem die Kur durch andere Mittel bereits eingeleitet war, gute Dienste geleistet haben. Diese Inunktionen möchte ich aus mehreren, nicht ferner zu erörternden Gründen der Applikation eines *Emplastr. vesicator.* vorziehen. Es wird dadurch eine tiefdurchdringende Ableitung vom Zentrum nach der Peripherie erzielt, ein Kongestivzustand nach der Kopfschwiele hervorgerufen, und Resorptionen bethätigt durch die *Vasa emissaria.* Bei einem Kinde trat nach einigen Einreibungen ein so profuser Ausschlag hervor, dass es ganz

ersichtlich war, wie hier die erkrankte Natur nach aussen durch die Haut sich entladete und reinigte, und es wäre vielleicht nicht zu viel behauptet, wenn man sagte, dass hier gleichsam eine Dislokation der Krankheit eingeleitet und ermöglicht wurde. Die neuern Bestrebungen und Erläuterungen über die Pathologie des Hydrokephalus sind höchst anerkennungswerth; möchte auch die Therapeutik, die schönste Blüthe des ärztlichen Wissens, nicht zurückbleiben, oder gar Rückschritte machen. Das Studium der Geschichte der Medizin von Hippokrates an, der ein so festes und unerschütterliches Fundament gelegt hat, giebt einen goldenen Faden an die Hand, und dürfte das beste Schutzmittel sein, dass es einem nicht überkömmt wie den Kärnern, welche den Schutt fahren, wo die grossen Meister gebaut haben. Wie in den philosophischen Systemen so auch in den medizinischen liegen zwischen vielem Andern Goldkörner die Hülle und Fülle; der Arzt lese sie nur mit geschickter Hand auf, so wird er noch immer viel Erspriesslichches für den Kranken leisten können, trotz allen Widersachern der Medizin.

Mittheilungen über eine Scharlachepidemie, die im Jahre $18\frac{43}{44}$ zu Penetanguishene in Kanada herrschte, von Dr. Stratton, Arzte daselbst.

Die Stadt Penetanguishene liegt an der Bucht desselben Namens, einem Theile der Georgiabay, die einen Arm des Huronsees bildet, 100 (englische) Meilen nördlich am Toronto, wo das Scharlachfieber im Anfange des Jahres 1843 herrschte und sich von dort nach Norden verbreitet hatte; es war weit bösartiger aufgetreten, als in den meisten früheren Epidemieen, und viele Erwachsene und alte Leute fielen als Opfer.

In der Stadt währte die Epidemie fünf Monate, vom Oktober 1843 bis März 1844; in der Umgegend dauerte sie acht Monate, vom September bis Mai, indem die Krankheit einen längeren Zeitraum gebrauchte, um sich unter den zerstreut wohnenden Landbewohnern, als unter den dicht bei einander lebenden Städtern zu verbreiten. Der erste Fall kam drei Meilen, nördlich von der Stadt vor, und es verging ein ganzer Monat ehe ein zweiter vorkam; im Februar und März hatte die Epidemie ihre Höhe erreicht, und befiel meistens Kinder englischer Abkunft.

Da die Bevölkerung der Stadt aus verschiedenen Nationen besteht, aus Franzosen, Engländern, Halbblut-Indianer (*half-breeds*), die von einer Indianerin mit einem Franzosen oder Engländer abstammen, und Tschipawä-Indianern, und die verschiedenen Menschenracen weder eine gleiche Empfänglichkeit für Krankheiten zeigen, noch auch diese mit derselben Intensität bei allen auftreten, so war es sehr wünschenswerth nachzuforschen, ob sich irgend ein Unterschied in dieser Hinsicht wahrnehmen liesse. Unter meinen Kranken befanden sich keine Indianer. Die Anzahl der erkrankten Halbblut-Indianer war verhältnissmässig geringer, als die der Franzosen und Engländer. Bei den letzteren war die im Organismus hervorgerufene Störung bedeutender; alle Fälle, wo Wassersucht eintrat, und fast alle diejenigen, wo die Drüsen bedeutend affizirt waren, wurden bei ihnen beobachtet.

Ich behandelte 62 Kranke, von denen 4 starben, also einer von 15½, oder 6½ von 100. Ich sah mehrere andere von einem Freunde behandelte Fälle und hörte nachher noch von einigen, die gar nicht von einem Arzte gesehen worden waren. Zwei Drittheile der Kinder wurden befallen oder 66 Prozent; von Erwachsenen nur 5 Prozent.

Der jüngste Kranke war 9 Monate alt, der älteste 51 Jahre, die Durchschnittszahl war 10 Jahre und 5 Wochen.

Die Vorboten waren Mattigkeit, Schwäche, Kopfschmerz, allgemeine Schmerzen und heisse Haut, in einigen Fällen Erbrechen. Wenn dergleichen Symptome zu einer Zeit auftreten, wo das Scharlachfieber in einem Hause oder in der Nachbarschaft herrscht, so bildet sich dasselbe wahrscheinlich aus; zu anderen Zeiten aber verkünden sie eben so gut andere Krankheiten, als Scharlach. Bisweilen fehlten sie ganz, oder mögen vielleicht von den Angehörigen nicht beachtet worden sein.

Angina zeigte sich 20mal vor der Eruption, 11mal nach derselben und 5mal gleichzeitig mit derselben; unter 36 Fällen fehlte sie 2mal und in den übrigen 34 dauerte sie im Durchschnitt 4½ Tage. Die kürzeste Dauer war 1 Tag, die längste 28 Tage.

Der Ausschlag war in 33 Fällen unter 36 vorhanden und stand durchschnittlich 5½ Tage; der kürzeste Zeitraum war 1 Tag, der längste 10 Tage. Bei 5 bis 6 Kranken nahm er die ganze Körperfläche ein, bei anderen war er fleckweise von der Grösse einer Hand vorhanden, bei noch anderen in kleineren Flecken, Punkten oder Linien.

Die Desquamation stellte sich unter 36 Fällen bei 29 ein und währte im Durchschnitt 9½ Tage; die kürzeste Dauer war 1 Tag, die längste 25 Tage. Die Epidermis löste sich in grossen Stücken von

den Händen und Füssen los, von den übrigen Theilen des Körpers nur in kleinen Schuppen. In einigen Fällen fand sich an einer Stelle schon Rauhigkeit der Haut, während an anderen die Röthe noch vorhanden war; bei den meisten trat sie jedoch erst auf, wenn der Ausschlag gänzlich geschwunden war, und in manchen vergingen einige Tage von dem Verschwinden der Röthe bis zum Eintritt der Abschuppung.

Wassersucht bildete sich in 36 Fällen 8 mal, oder unter 4½ Fällen 1 mal, und währte im Durchschnitt 13¼ Tage; die kürzeste Dauer war 2 Tage, die längste 37. In 6 Fällen trat sie als Oedem oder Anasarka auf, indem sie gewöhnlich im Gesicht und an den unteren Extremitäten begann; in einem Falle als Anasarka und Askites, in einem dritten als Anasarka und chronischer Hydrokephalus, an dem das Kind schon früher gelitten hatte; bei einem oder zwei Kranken erschien der Hydrops vor Beendigung der Desquamation; bei zweien war dieselbe noch nicht ganz vorüber und bei 2 anderen waren noch nicht 10 oder 14 Tage verstrichen, seitdem die Röthe geschwunden.

Die Speicheldrüsen waren in 36 Fällen 8 mal affizirt; die bedeutende Entzündung und Anschwellung beider Parotiden und der Submaxillar- und Sublingualdrüsen führte 1 mal den Tod herbei; in den anderen 7 Fällen nahm die Entzündung den Ausgang in Zertheilung.

Ich will die Fälle, die mit dem Tode endeten, ausführlicher mittheilen:

Hannah C., 3 Jahre alt, wurde am 31. März von Angina und einer über die ganze Körperfläche verbreiteten Röthe befallen. Am 3. April sah ich sie zum ersten Male. Die Röthe ist allgemein verbreitet, doch blasser als im Anfang; Angina; Anschwellung der Parotiden. Die Kranke ist unruhig. Das Haar wird kurz abgeschnitten und kalte, in Eiswasser getauchte Kompressen auf den Kopf gelegt; das Gesicht und die Arme werden oft mit kaltem Wasser gewaschen; innerlich wird ein Abführmittel gereicht.

Am 5. April war der Ausschlag noch blasser geworden; die Angina und Anschwellung aller Speicheldrüsen hatte aber zugenommen; Blutegel würden von Nutzen gewesen sein, doch konnte man sich keine verschaffen; Blasenpflaster wurden verordnet. Die Angina war sehr heftig, die bedeutende Geschwulst der Speicheldrüsen störte das Athmen und Schlucken, wodurch das Kind in hohem Grade litt. Es starb am 17ten Tage. Die Eltern verweigerten die Sektion. — Die Schwester des Kindes hatte die Krankheit in so mildem Grade, dass

sie gar nicht im Bett gehalten wurde; ein anderes Kind von 5 Monaten, das in demselben Hause sich befand, wurde gar nicht befallen.

Agnes C., 9 Jahre alt, litt an den gewöhnlichen Symptomen. Der Kopfschmerz und die Hitze der Haut, die sehr bedeutend waren, wurden durch kalte Waschungen beträchtlich gelindert, die Angina war heftig, und ein Blasenpflaster, das gelegt worden, blieb nicht lange genug liegen, um eine Wirkung zu äussern; ein zweites verschaffte einige Erleichterung. Am sechsten Tage der Krankheit starb die Kranke, theils in Folge des heftigen Fiebers, theils durch die Angina.

Bei der Obduktion, 24 Stunden nach dem Tode, zeigten sich folgende Erscheinungen. Röthe der Schleimhaut der Mundhöhle, der Fauces, des Pharynx und Larynx; auf der des letzteren nahm man scharlachrothe Streifen und Flecke wahr, auf der des Schlundes scharlachrothe Punkte; die Zunge, die Submaxillar- und Sublingualdrüsen waren bedeutend geschwollen; die Tonsillen hypertrophisch und ulzerirt. Die übrigen Höhlen durften nicht geöffnet werden.

Alfred J., 9 Monate alt, wurde am 24. März aus dem Hause gebracht, wo mehrere Kinder am Scharlach erkrankt waren. Das Wetter war schlecht und es entwickelten sich ein Katarrh und Angina. Am 28sten war der ganze Körper mit scharlachrothen Streifen und Linien bedeckt. Wegen des Katarrh konnte er nur mit Mühe durch die Nase athmen und auch nicht gut saugen. Die Mutter litt zu gleicher Zeit am Scharlach (die Milchsekretion hatte aufgehört) und konnte keine Amme halten. Bei dieser Komplikation ungünstiger Verhältnisse, wozu noch beträchtliche Geschwulst der Drüsen und Durchfall am letzten Tage kamen, starb das Kind am 29. März, am vierten Tage der Krankheit.[1])

Harriet B., 4 Jahre alt, befand sich am 18. März um 12 Uhr noch ganz wohl und lief umher; um 1 Uhr legte sie sich nieder, indem sie über Kopfweh und Halsschmerz klagte. Am 19ten delirirte sie in der Nacht, es wurden ein Terpenthinklystier verordnet und kalte Uebergiessungen. Das Fieber ist heftig und die Angina bedeutend; die Farbe am Unterleibe ist livide mit einigen rothen Flecken; an den Schenkeln sind scharlachrothe Stellen vorhanden, an den Wangen stehen sie nur ungefähr eine Stunde und verschwinden dann. Die Füsse werden in heisse Flanellstücke eingeschlagen, Haferschleim und Wein von Zeit zu Zeit gereicht. In der Nacht wurden einige von den schar-

1) Da das Scharlachfieber selten so junge Kinder befällt, so mache ich besonders auf diesen Fall aufmerksam.

lachrothen Stellen livide, und am 22. März, am fünften Tage der Krankheit, starb die Kranke.

Die Sektion, 24 Stunden nach dem Tode, gab folgende Resultate: Auf der Brust und zum Theile auf den Schenkeln eine livide Röthe; auf der inneren Fläche der Unterschenkel ist die Röthe blass; das Gesicht ist von livderer Farbe als gestern, die Zunge ist bedeutend geschwollen, die Schleimhaut des Pharynx roth und die des Larynx und der Trachea mit scharlachrothen Flecken besetzt. Die übrigen Theile und die Schädelhöhle wurden nicht untersucht. Aus den gefundenen Symptomen liess sich der tödtliche Ausgang nicht genügend erklären.

Der Bruder und die Schwester der Kranken hatten die Krankheit in so mildem Grade, dass sie nicht einmal das Bett hüteten.

Die Epidemie trat unter drei Formen auf: 1) Fälle, wo sowohl Röthe der Haut als auch Angina beobachtet wurde. 2) Fälle, wo Röthe der Haut ohne Angina vorhanden war. 3) Fälle mit Angina, aber ohne Röthe der Haut. Diejenigen, wo der Ausschlag unbedeutend und partiell war, nur eine oder zwei Stunden stand, nur aus einigen rothen Flecken bestand, müssen mit Recht zu der letzten Klasse gerechnet werden.

Die Diagnose der *Angina scarlatinosa* ist nicht immer mit Sicherheit festzusetzen; doch können wir die Entzündungen vom Scharlach abhängig halten, erstens, wenn der Kranke früher noch nicht an Skarlatina gelitten hatte: zweitens, sich in dem Hause aufhält, wo Scharlach herrscht, oder sich auf andere Weise der Ansteckung ausgesetzt hat; und hauptsächlich drittens, wenn die Röthe des Halses sich mehr dem Scharlachrothen nähert, als es bei der gewöhnlichen Angina der Fall ist; diese Annahme wird bestätigt, wenn Abschuppung an den Händen, Füssen oder an anderen Stellen eintritt. Es scheint widersinnig, dass die Abschuppung eintreten soll, wenn keine Röthe vorhergegangen ist; es kann aber wohl der Fall sein, dass ein vorübergehender und partieller Ausschlag in der Nacht stattgefunden hat, der der Beobachtung entgangen ist. [1])

Schützt die *Angina scarlatinosa* vor einem späteren Anfalle des Scharlachfiebers? Findet das Umgekehrte ebenfalls statt? und wird

---

1) In mehreren Fällen verschwanden einige scharlachrothe Flecke für eine oder zwei Stunden, kamen dann wieder hervor, und so wiederholte sich dies mehrere Male in 24 Stunden.

Jemand von der Angina nur einmal befallen? Eine Bejahung dieser drei Fragen scheint auf den ersten Anblick sehr viel für sich zu haben; dennoch sind manche Aerzte entgegengesetzter Ansicht.

Behandlung: Brechmittel wurden gar nicht verordnet; sie sind von grossem Nutzen im Beginne der Krankheit, und viele Kranke bekam man nicht so früh zur Behandlung. Gegen den Kopfschmerz wurden, nach Abscheeren der Haare, kalte Uebergiessungen und kalte Waschungen angewandt. Bei der Hitze der Haut zeigten sich die letzteren besonders angenehm und wirksam; in einigen Fällen wurden sie nur mit Vorsicht, in Gebrauch gezogen, und wenn bronchitische Symptome drohten, auf das Gesicht und die Extremitäten beschränkt; nur zuverlässige Wärterinnen durften sie vollziehen. Als gewöhnliches Getränk ward Eiswasser verordnet. War die Desquamation eingetreten, so wurde der Prozess durch ein gelegentliches warmes Bad beschleunigt. Die Angina ward mit Blasenpflastern und hin und wieder mit Gurgelwassern behandelt. Bei allgemeinem Fieber, Kopfschmerz, Angina, Anschwellung der Drüsen und Hydrops wurden reichlich Abführmittel verordnet.

Wo die Kräfte sehr gesunken waren, ward Wein gereicht. Bei den mit Wassersucht endenden Fällen ging die Genesung langsam von statten; dies lag nicht in dem Wesen der Krankheit, sondern rührte von der schlechten Ausführung des verordneten Heilverfahrens her; denn der Hydrops nach Scharlach weicht im Allgemeinen leicht dem anhaltenden Gebrauche von Abführmitteln. Die Entstehung der Wassersucht wurde der Erkältung, dem frühzeitigen Ausgehen der Kranken zugeschrieben, obgleich man in der neuesten Zeit gefunden hat, dass in der Erkrankung der Nieren oft die Ursache desselben zu suchen ist. Ist der Hydrops unbedeutend, erscheint er früh, ehe die Abschuppung vollendet ist, und wird er mit Leichtigkeit und vollständig geheilt, so ist er wahrscheinlich durch Störung der Hautthätigkeit entstanden. Tritt er aber später auf, eine oder zwei Wochen nach beendigter Desquamation, oder noch später, ist er sehr beträchtlich und schwer zu beseitigen, so liegt ihm wohl eine Entartung der Nieren zu Grunde. (*Edinburgh Medical and Surgical Journal. Vol. 64. 1845.*)

Ueber die *Spina bifida* und über die Heilung dieser Krankheit, von Dr. Latil de Thimecour in Trevoux (Ain).

(Aus der *Gazette médicale.*)

Alle Autoren, die über die *Spina bifida* geschrieben haben, betrachten fast ohne Ausnahme diese Missbildung als eine durch ihre Natur und durch ihr Wesen durchaus unheilbare, und mehrere, statt darauf auszugehen, neue Heilversuche zu erdenken, scheinen im Gegentheile bemüht, diejenigen von dieser Idee abzuwenden, welche das Bestreben haben, die Kinder von einem sichern Tode zu retten, denn sie ihrer Ansicht nach durch ihre Missbildung gewissermaassen geweiht sind. Einige, freilich noch sehr wenige Fälle von Heilung haben nicht hingereicht, diese etwas zu exklusive Meinung der Autoren zu modifiziren, und bei Samuel Cooper findet man folgenden, sehr wenig ermuthigenden Schluss: „Mit Ausnahme dieser Fälle (nämlich derer von Astley Cooper, von denen einer eine Radikalheilung darbietet, und derer von Keilman und Morgagni, deren Richtigkeit man aber bestritten hat), giebt es in den Annalen der Medizin und Chirurgie, glaube ich, nicht einen einzigen Fall von *Spina bifida*, wo die Krankheit von selber geheilt wäre, oder gegen welche man irgend ein Heilverfahren mit Vortheil angewendet hätte. (Wir werden gleich sehen, dass diese Behauptung von Sam. Cooper nicht ganz richtig ist.) Im Allgemeinen hat die Eröffnung des Tumors durch ein Aetzmittel oder ein schneidendes Instrument nur den tödtlichen Ausgang der Krankheit beschleunigt; auf eine solche Operation folgt der Tod kurz nachher und bisweilen augenblicklich."

Die französischen Autoren sind für diese Operation durchaus nicht günstiger gestimmt; da Ollivier von Angers in seinem Werke über die Krankheiten des Rückenmarks, nach Aufzählung der seltenen Fälle von Heilung, die durch verschiedene Methoden erlangt worden sind, und nach Bestreitung einiger anderen hinzufügt: „Die Beispiele von Heilung sind, wie man sieht, in zu kleiner Zahl, als dass ein kluger Arzt sich angetrieben sehen sollte, eine Operation vorzunehmen, die den Tod der Kranken meistens beschleunigt."

Sabatier erzählt, dass, als er sich in einem Falle bereden liess, eine Lanzette in den Tumor einer *Spina bifida* einzusenken, bald Konvulsionen folgten, die den Tod des Kranken herbeiführten. Ausgehend von diesem Falle behauptet er denn auch, dass man sich künftig hüten müsse, in solchen Fällen irgend einen Operationsversuch zu

machen. Viele andere Wundärzte haben, auf analoge Fälle sich stützend, dieselbe Meinung ausgesprochen, und der berühmte und klassische Boyer drückt sich, nachdem er einige Autoren zitirt hat, fast auf dieselbe Weise aus, und rathet weder zu irgend einem Mittel noch zu irgend einer Operation. Noch viel deutlicher und bestimmter ist Hr. Itard: „Diese Krankheit, sagt er, steht ganz über der Hülfe der Kunst, wie alle unglücklichen Heilversuche es bezeugen; man muss also von jeder Behandlung abstehen, und ich weiss sogar noch nicht einmal, ob es richtig sei, Mittel zu ergreifen, um die Eröffnung der Geschwulst zu verhindern und so um wenige Tage das kümmerliche Leben eines Wesens zu verlängern, welches nicht lebensfähig geboren ist (*Dict. des Sc. méd.* 22, *p.* 474)." Endlich kommt nach einer langen Arbeit über die Natur und Behandlung der *Spina bifida* (*Journal de Chirurgie,* Februar 1844) der Autor zu folgendem Schlusse, dass von 14 Fällen, die aus verschiedenen Schriften gesammelt worden sind, fast die Hälfte Geschwülste betreffen, welche mit dem Rückenmarkskanale keinen Zusammenhang hatten, während die übrigen fast alle nur Geschwülste von einem sehr kleinen Volumen betrafen, die man klüger gethan hätte, der Natur zu überlassen.

Ohnerachtet dieser gegen diese Art von Heilversuchen ausgesprochenen Urtheile, haben doch mehrere Wundärzte und mitunter sehr berühmte, zu verschiedenen Zeiten immer von Neuem gestrebt, die Heilung zu bewirken, indem sie das Verfahren ihrer Vorgänger bald mehr, bald minder modifizirten. Nennen will ich nur Forestus, der die Ligatur vorschlug, B. Bell, der sie lobte, ohne sie zu versuchen, Heister, der sie versuchte, ohne Erfolg zu haben, und Desault, welcher ein Haarseil anrieth, wogegen Portal warnt, der 3 Tage nach Anwendung dieses Mittels ein Kind an Meningitis sterben sah. Die Kompression ist von Heister angegeben worden, welcher zu gleicher Zeit eine von einem Wundarzte, Namens Stüber, erlangte Heilung mittheilt; die Kompression ist auch empfohlen von Abernethy und Astley Cooper, welcher eine Art Palliativkur durch dieses Mittel erlangt hat.

Die Punktion ist durch Ruysch in Anwendung gebracht worden, der sich einer einfachen Nadel bediente, obwohl er keinen Erfolg gehabt hat. Aus dieser Methode ist die Akupunktur hervorgegangen, welche sehr oft, besonders in den letzten Zeiten, seit den von Cooper, Probart und Rosetti erlangten Erfolgen verübt worden ist; denn was dieses Verfahren besonders empfahl, war die Einfachheit und

anscheinende Unschädlichkeit desselben, besonders in den ersten Momenten. Auch Dupuytren hatte sich in den letzten Jahren seines Lebens vorgenommen, diese Methode zu versuchen; denn man findet in dem *Bulletin général de Thérapeutique* 8. S. 243: Im Jahre 1832 wurde ein wenige Monate altes Kind mit *Hydrorrhachis lumbaris* ins Hôtel Dieu gebracht. Die Geschwulst hatte die Grösse eines kleinen Apfels. Dupuytren machte öffentlich die Punktion mittelst einer Nähnadel, welche er beim Einführen zwischen den Fingern drehte, wie eine Akupunkturnadel. Diese Operation wurde 4 Wochen hinter einander einmal jede Woche wiederholt; kein übler Zufall trat ein; der Sack entleerte sich jedesmal nur theilweise, aber die Mutter dieses Kindes kam endlich nicht mehr wieder, man verlor es aus dem Gesichte, so dass man über das endliche Resultat nichts auszusagen vermag.

Inzwischen ist kein neuer glücklich beendeter Fall vorgekommen, welcher die Hoffnung, die man von dieser Operationsweise hegte, bestätigen könnte; im Gegentheil hat seitdem die Punktion in den Händen von Breschet, Philip Boyer, Velpeau und vielen anderen Wundärzten sich immer erfolglos bewiesen, und man kann zu diesen Wundärzten noch hinzufügen: Salzmann, Berndt, Trampei, Abernethy, Wardrop, Trowbridge, Porter und andere.

Wir wissen, dass Hr. Pacoud, einer der ausgezeichnetesten Aerzte zu Bourg, mehrere an *Spina bifida* leidende Kinder operirt hat, aber ohne jemals einen Erfolg zu sehen, und dass Hr. Bajard zu Lyon ebenfalls einige fruchtlose Versuche gemacht hat. Endlich hat Hr. Dubourg 1841 nach Meunier und Trowbridge die Abtragung des Tumors durch ein schneidendes Instrument und die Vereinigung der Wunde mittelst der umwundenen Naht versucht; er hat 2 mit Erfolg gekrönte Fälle mitgetheilt. Tavignot hat diese Methode auch versucht, aber ohne Erfolg, und Beynard hat 1842 einen glücklich beendeten Fall, wo er ein neues Verfahren versucht hat, mitgetheilt.

Diese Fälle beweisen, dass die *Spina bifida* keineswegs eine absolut unheilbare und tödtliche Krankheit ist, da es wohlbestätigte Fälle giebt, wo das Resultat ein glückliches gewesen; sie beweisen auch, dass sehr viele Wundärzte eine solche Idee gehabt haben, weil sie nie ermüdeten, immer neue Heilmethoden zu erdenken. Allerdings sind die meisten Fälle, wo solche Versuche gemacht worden sind, unglücklich abgelaufen; aber dieser Umstand grade giebt das Recht, immer

von Neuem wieder das Uebel zu bekämpfen, weil die mit *Spina bifida* geborenen Kinder gewissermassen dem Tode geweihet sind, insofern die Natur nichts auszurichten vermag, wenn man ihr nicht zu Hülfe kommt. Wenn bis jetzt keine Heilmethode mit besonderem Erfolge gekrönt war, so würde daraus nur zu folgern sein, dass die rechte noch nicht gefunden ist. Wenn eine Methode bekannt wäre, die, wenn auch nicht viele glückliche Erfolge, doch wenigstens mehrere erlangt hat, so würde diese Methode allerdings den Vorzug verdienen, und in jedem Falle von *Spina bifida*, wenn nicht besondere Gegenanzeigen vorhanden sind, zu versuchen sein, und zwar so lange, bis eine noch bessere aufgefunden wäre.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, will ich zuvörderst folgenden Fall mittheilen: [1])

J. N. Chaillon, ein Knabe, geboren zu Belleville (Rhône), wurde dem Verf. vorgestellt, als er bereits 2 Monate alt war. Nach Aussage der Mutter zeigte das sonst wohlgestaltete Kind etwas über den Hinterbacken an der Wirbelsäule eine Geschwulst von der Grösse eines kleinen Apfels; dieser Tumor, anfangs weich und nicht gespannt, füllte sich bald mit einer durchsichtigen Flüssigkeit. Am zweiten Tage nach der Geburt, als die Mutter das Kind selbst untersuchte, bemerkte sie, dass es das linke Bein nicht bewegen konnte, und dass der linke Fuss nach hinten gewendet war, wobei die Ferse nach der Tibia sich erhob, die Zehen nach der Fussohle nach innen standen (folglich ein *Talipes varus equinus*); der Unterschenkel war übrigens gestreckt, jedoch ohne Bewegung; der Tumor nahm ziemlich schnell zu, war an seinen Rändern beweglich, und schob sich je nach der Lage des Kindes bald nach rechts bald nach links, und sobald man darauf drückte, schrie das Kind. Zwar gingen alle Funktionen des Körpers regelmässig von statten, dennoch war das Kind sehr mager und zeigte den Ausdruck eines inneren Leidens. Bei der ersten Untersuchung fand ich den Tumor von der Grösse eines kleinen Kinderkopfes; er sass in der Gegend, wo der letzte Lendenwirbel mit dem Kreuzbein zusammenstösst, und hing mit der Wirbelsäule durch einen ziemlich dicken platten, 52 Millimeter hohen, mit Haut und Zellgewebe bedekten Stiel zusammen. Setzte man auf die Wurzel dieses Stiels den Finger auf,

---

1) Im französischen Texte ist dieser Fall sehr weitläufig mitgetheilt. Wir wollen ihn daher für die Leser unseres Journals etwas abkürzen.

Der Uebersetzer.

so gelangte man in eine mit einem Knochenkamme umgebene Oeffnung hinein; es wurde aber das Kind bei diesem Manöver sehr heftig ergriffen, schrie, bekam fast krampfhafte Bewegungen und Erstickungsanfälle, so dass man den Finger nicht lange in dieser Stellung lassen konnte. Die Kutis verlor sich nur allmälig in den Wandungen des Tumors; der höhere Theil desselben zeigte eine dünne, durchsichtige Membran, fast wie die Harnblase und von gleichsam fibrösen Lamellen und an ihrer Farbe leicht erkennbaren Gefässen gestreift. Der Sack war mit einer durchsichtigen, etwas gelblichen Flüssigkeit so angefüllt, dass er fast zu bersten drohte. Man konnte an der linken Fläche des Tumors eine rundliche Narbe bemerken, die fast wie ein Nabel aussah. Da der Tumor dem Bersten nahe zu sein schien und da ich in 2 ähnlichen Fällen, wo dieses geschah, den Tod habe erfolgen sehen, entschloss ich mich, die Operation zu versuchen. Ich zog noch einen erfahrenen Kollegen hinzu, und da uns andere Instrumente fehlten, so liess ich von einem Drechsler zwei, etwa drei Millimeter dicke und zehn Centimeter lange Stäbchen machen. Jedes dieser Stäbchen hatte an jedem Ende 3 gleich weit entfernte Löcher, um ein Schnürband durchzulassen. Zwischen diese beiden Stäbchen wurde der Tumor gebracht und so weit von ihnen zusammengeschnürt, dass sie sich fast berührten; dann wurde mittelst eines Troikars der Tumor entleert, und während die Flüssigkeit ausfloss, suchten wir durch vorsichtigen Druck die Nervenparthieen, welche in der Flüssigkeit vielleicht sich frei vorfanden, zurückzuschieben, und in dem Maasse, wie dieses geschah, wurden die Stäbchen einander so weit genähert, dass die beiden sich entgegenstehenden serösen Wände an der Basis des Stiels sich berührten. Nachdem dieses geschehen war, d. h. nachdem der Tumor, wo er gleichsam mit dem Kanal der Wirbelsäule zusammenhing, durch den Druck der beiden Stäbchen gleichsam geschlossen worden, wurde der Sack durch einen einzigen Messerschnitt ganz geöffnet und blieb nun leer und welk ausserhalb der von den beiden Stäbchen bewirkten Ligatur.

Ich bediene mich absichtlich des Ausdrucks Ligatur, weil das Resultat, das man hier zu erlangen sucht, fast das der Ligatur ist, nämlich Mortifikation und Abstossung der ausserhalb der Konstriktion befindlichen Parthieen. Eine gewöhnliche und einfache Ligatur würde jedoch nicht dasselbe bewirken, weil die Stäbchen mehr der Länge nach konstringirend wirken, als die Ligatur, die nur kreisförmig wirkt. Das von mir geübte Verfahren hat sehr viel Analogie mit der von

Dupuytren angegebenen Operation der Enteroraphie und der Methode von Breschet zur Radikalheilung der Varikokele; auch noch eine andere Analogie giebt es mit einem bekannten Operationsverfahren bei der Kastration von Hausthieren. Will man nun nicht bezweifeln, dass wirklich Nerven im Tumor vorhanden sind, welche durch die Ligatur oder durch das Messer bei einer Operation der *Spina bifida* verletzt werden können, so muss man auch zugeben, dass sie mit in die Breschet'sche Zange hineingefasst werden könnten, was wirklich im Hospital Necker in einem Falle geschehen war. So wie in unserem Falle die Stäbchen von beiden Seiten dicht an die Wirbelsäule angelegt und zusammengetrieben wurden, um gleichsam die Spalte auszufüllen, wurde der Tumor bald livide, und das Kind, welches von der Operation gar nicht gelitten zu haben schien, brachte eine ruhige Nacht zu.

Am folgenden Tage hatte das Kind wenig geschlafen, obwohl es durchaus kein Fieber hatte; der Tumor hatte an den meisten Stellen eine bläuliche Farbe, aber die am Abend vorher gemachte Oeffnung war wieder geschlossen, der Sack enthielt wieder eine ziemliche Menge Flüssigkeit und die Wandungen schienen sich sehr verdickt zu haben. Die Stäbchen wurden nun noch stärker an einander geschnürt. Nach und nach wurde der Tumor schwärzlich und füllte sich immer wieder von Neuem mit Flüssigkeit; daher machten wir einen Längenschnitt durch den ganzen Sack und trennten ihn in 2 Lappen, die beide über die entsprechenden Stäbchen zurückgeschlagen wurden. Am Tage darauf erschien das Kind etwas fieberhaft und aufgeregt; es schwitzt stark am Kopfe und dieser Schweiss riecht sehr übel. Allmälig wurden die Wandungen des Sackes vollkommen brandig; es tritt etwas Diarrhoe ein, die Kopfschweisse vermindern sich, die brandigen Hautlappen werden bis zu den Stäbchen abgeschnitten, die noch fester an einander geschnürt werden. Am achten Tage nach der Operation befindet sich das Kind sehr wohl, saugt gut und erscheint frischer und munterer als vor der Operation. Um die Stäbchen herum ist die Haut geschwürig und der zwischen ihnen befindliche Stiel erscheint vollkommen vertrocknet und von schwarzer Farbe. Wir entschlossen uns, die Stäbchen vorsichtig wegzunehmen; aber kaum hatten wir das untere Band durchschnitten und die Enden der Stäbchen etwas von einander entfernt, als aus der Mitte des Stiels selbst ein Wasserstrahl heraustritt. Sogleich näherten wir die Stäbchen wieder einander und schnürten sie durch frische Bänder von Neuem zusammen. Etwa 8 Tage darauf

war der Gang zwischen dem Kanal der Wirbelsäule und dem äussern Sacke noch immer nicht vollständig, da noch in der Mitte des Stiels ein kleines Loch sich befand. Um die Verschliessung dieses Lochs zu begünstigen, dachten wir anfänglich daran, einige Suturen anzulegen, ohngefähr wie Hr. Bonnet bei der Radikalkur der Hernien versucht hat; aber bei genauerem Nachdenken unterliessen wir es und blieben bei der Kompression mit den Stäbchen. Es folgten wie früher ein starker Kopfschweiss und etwas Diarrhoe. Dann aber befand sich das Kind wohl, nur schien es an den Ulzerationen zu leiden, welche durch den Druck der Stäbchen bewirkt werden. Inmitten dieser Ulzerationen sah man jetzt einen membranösen welken Stiel, an dem allein nur die Stäbchen noch sitzen. Dieser Stiel wird am ersten Februar oder am zehnten Tage nach der ersten Anlegung des Stäbchens von einer Ligatur umfasst, und dann unterhalb der Stäbchen, jedoch über der Ligatur durchschnitten, so dass die Stäbchen weggenommen werden konnten. Man hatte nun vor sich eine längliche Wunde von gutem Aussehen, die einfach verbunden wurde. Schon am 5. Februar war die Ligatur abgefallen; die Wunde hat sich bedeutend verkleinert und das Kind schreit nicht mehr, wenn man darauf drückt; es ist munter, saugt begierig, nimmt an Kräften zu, und kann auf allen Seiten und selbst auf dem Rücken ohne Beschwerde liegen. Allmälig bedeckt sich die Wunde mit Granulationen und zuletzt auch noch mit Haut. Besonders merkwürdig aber ist Folgendes: Die linke Hinterbacke, auf welcher der Tumor eine deutliche Vertiefung gebildet hatte, rundet sich zu wie die rechte; die Darm- und Urinausleerungen, die früher dem Kinde das heftigste Geschrei entlockten, geschehen jetzt leicht und regelmässig. Das gelähmte Bein erlangte einige Bewegung wieder und das Kind wurde als geheilt entlassen. Im Juli, als das Kind 9 Monate alt war, wurde es von Neuem besichtigt; es hatte jetzt die Kraft und das Ansehen, welche Kinder dieses Alters zu haben pflegen; keine Spur eines Tumors längs der Wirbelsäule; eine kaum sichtbare Narbe zwischen letztem Lendenwirbel und Kreuzbein; unterhalb des Lendenwirbels konnte man einen Eindruck fühlen, welcher jedoch wie eine knorpelige oder knochige Wand einen Widerstand darbot; die beiden Beine hatten jetzt fast gleiche Stärke und gleichen Umfang, nur schien das linke Bein, das noch immer den *Pes varus equinus* zeigte, etwas welker sich anzufühlen; indess waren die Gelenke so wohl beschaffen und das Bein von der Art, dass eine Tenotomie, späterhin vorzunehmen, zu den besten Erfolgen berechtigte.

Dieser Fall ist also dadurch merkwürdig, dass der glückliche Erfolg mit keinem der Zufälle, die man sonst bei einer Operation der *Spina bifida* so sehr gefürchtet hat, begleitet war; denn die Zufälle, welche am 8. Tage nach der Operation eintraten, können in Zukunft auch gut vermieden werden. In Bezug auf die Prioritätsfrage bietet die Beynard'sche Methode einige Analogie mit der hier angegebenen dar; indessen ist der Unterschied doch so bedeutend, dass die hier befolgte Operationsmethode als eine ganz neue zu betrachten ist. Hr. Beynard hat die Ligatur mittelst zweier Gänsefederkiele bewirkt, die er mittelst eines Fadens, welchen er durch diese Kiele durchzog, mit einander verband, aber in seinem Falle hatte der Tumor nur die Grösse eines Hühnereies; in unserem Falle aber war er so gross wie ein Kinderkopf. In jenem war auch der Stiel nur halb so gross wie in dem hier operirten Falle, und es ist daher sehr zu bezweifeln, ob die Federkiele hier ausgereicht haben würden, denn es bedurfte einer ziemlich kräftigen Konstriktion, um den Gang, der vom Wirbelkanal in den Sack führt, hermetisch längs des ganzen Stieles zu verschliessen.

Das hier geübte Verfahren scheint demnach einen neuen Weg zur Heilung einer bisher für unheilbar gehaltenen Krankheit zu eröffnen. Freilich lässt sich aus einem einzigen Falle noch nichts schliessen, zumal da die *Spina bifida*, wie wir gleich zeigen werden, durchaus sich nicht immer in gleicher Weise darstellt. Es kann demnach das hier angegebene Operationsverfahren nur als eine allgemeine Norm dienen, und muss alsdann unter verschiedenen Umständen etwa folgende Modifikationen erleiden. Statt der beiden Stäbchen würden wir uns eines kleinen stählernen oder besser silbernen Instruments bedienen, das etwa wie das Dupuytren'sche Enterotom oder vielmehr wie die zur Heilung der Varikokele von Breschet angegebene Zange gestaltet ist. Diese Zange bestände aus 2 Armen und wäre etwa 10 Centimeter oder darüber lang. Jeder Ast müsste von Centimeter zu Centimeter ein Loch haben, um eine Schraube aufnehmen zu können, welche dazu dienen soll, die Aeste bis zum vollständigsten Kontakte an einander zu bringen. Diese Aeste müssten dann an die beiden Seiten des Tumors längs der Wirbelsäule angesetzt und die Schrauben je nach der Länge und Breite des Stieles bald höher bald tiefer eingesetzt werden. Dann würde man in dem Maasse, wie die in dem Tumor enthaltene Flüssigkeit aus einer Punktion, die man vornimmt, ausfliesst, die Schrauben anziehen müssen, bis die Wandungen des

Tumors sich einander berühren, wobei man nur die Vorsicht gebrauchen muss, die nervösen Parthieen zurückzudrängen. Hat man die Wände des Tumors mit einander in Kontakt gebracht, so spaltet man ihn in seiner ganzen Länge auf, indem man die Lappen um den entsprechenden Ast der Zange herumstülpt, und man lässt das Instrument liegen, bis es von selber abfällt, und zwar mit den Parthieen, die in dasselbe eingeklemmt waren; alsdann kann man nach Belieben die Lappen abtragen und durch die Schrauben die Konstriktion verstärken. Durch dieses Verfahren vermeidet man mit grosser Sicherheit alle die Uebelstände, welche man den anderen Methoden zum Vorwurf macht, und vor allen das Eintreten der Luft, dessen Gefahr jedoch, wie ich glaube, man übertrieben hat; ferner vermeidet man dadurch die Verletzung der Nerven und des Rückenmarks im Tumor und besonders die Art von plötzlicher Apoplexie, die von mehreren Autoren angegeben werden, unter anderen auch von Hrn. Dubourg und die augenblicklichen Tod bewirkt. Die Entleerung der Flüssigkeit hat man in seiner Gewalt, und im Nothfalle kann man, wenn nach dem Abtragen des Tumors Erscheinungen von Kompression sich zeigen sollten, durch eine vorsichtige Lösung einer der Schrauben eine hinreichende Menge Flüssigkeit austreten lassen, um die Kompression zu beseitigen. Das Instrument würde vollkommen die Wirkung haben, die beiden serösen Flächen an einander zu bringen und ihre Adhäsion zu veranlassen. Unterhalb desselben würde sich anfangs eine Wunde und dann nach spontaner Losstossung eine feste Narbe bilden. Das Instrument würde weder durch seine Grösse noch seine Schwere belästigen und es würde auch leicht sein, es mittelst einer einfachen Binde oder eines elastischen Gurtes zu unterstützen und zu fixiren. Es würde dieses Verfahren auch noch den Vortheil haben, dass es den Erfolg in kurzer Zeit zur Entscheidung brächte, während bei einem andern Verfahren, z. B. bei der Punktion, man immer über das definitive Resultat in Ungewissheit sein würde, da man niemals mit Bestimmtheit eine Heilung oder einen tödtlichen Ausgang in einer gegebenen Zeit annehmen kann; denn in dem A. Cooper'schen Falle war die Heilung erst nach 2 Jahren vollständig, und in dem Falle von Skinner in Philadelphia trat der Tod erst ein, nachdem man 70 Punktionen gemacht und ungefähr 4 Pinten Flüssigkeit nach und nach entzogen hatte.

Geht man tiefer auf den Gegenstand ein, so drängt sich zuerst die Frage auf: was denn eigentlich der Grund des meist üblen Ausganges aller der Operationen gewesen ist, die man bis jetzt gegen die

Spina bifida unternommen hat? Man antwortet sich alsbald, dass die Ursache weniger in dem Operationsakte selber liegt, als in der Verletzung des Rückenmarks oder in der konsekutiven Entzündung der Meningen. In der That hat man fast immer in den Leichen der in Folge dieser Krankheit Gestorbenen entweder Röthe oder Eiter oder falsche Membranen in der Höhle der Arachnoidea angetroffen. In der pathologischen Anatomie von Cruveilhier finden wir eine Abbildung, in der man deutlich eine das Rückenmark in seiner ganzen Länge umhüllenden Pseudomembran sieht.

In dem fünften Bande der zweiten Reihe der *Archives de Médécine* findet man die anatomische Beschreibung eines Kindes, welches in Folge einer spontanen Berstung einer *Spina bifida* im Hospiz der Findelkinder in Paris gestorben war; die Zufälle dauerten vom 19. bis zum 25. April; es traten Erbrechen, Durchfall, Krämpfe und Entzündung der Wände des Sackes ein, und man fand in der Leiche falsche Membranen in der Arachnoidea des Rückenmarks, die sich bis zum Hinterhauptsloche erstreckten, und auf dem Marke Ablagerungen eines bräunlichen und stinkenden Eiters. In dem dreizehnten Bande desselben Journals wird der anatomische Befund eines an derselben Krankheit gestorbenen Kindes geschildert; dieses Kind zeigte dieselben Erscheinungen nach dem Tode, und was besonders interessant ist, es hatte während des Lebens eine Lähmung des linken Beins mit Klumpfuss, während sonst beide Beine zugleich gelähmt und atrophisch zu sein pflegen. Es ist dieser letztere Fall eigentlich aus den Heidelberg Klinischen Annalen entnommen, und Hr. Sfger, Verf. des Artikels, behauptet, dass der Verlauf von Nervenportionen auf den Hüllen des Tumors Ligatur, Haarseil oder Punktion kontraindiziren muss, weshalb auch nirgends Heilung durch einen gewaltsamen Eingriff zu erwarten sei.

Unseren Ansichten nach muss jedes Verfahren gegen die *Spina bifida* besonders einen Punkt im Auge haben, nämlich zu verhüten, dass die Entzündung sich ausdehne und auf die Hüllen des Rückenmarks übergehe, denn dadurch allein wird der Tod herbeigeführt; es kann dieses eintreten, möge der Tumor sich von selber öffnen, oder möge er durch eine chirurgische Operation geöffnet werden. Die beiden erwähnten Fälle beweisen dieses hinlänglich, und es würde sehr leicht sein, noch mehr solcher Fälle aufzufinden. Uebrigens haben auch alle Modifikationen, die man bisher in der Operationsweise vorgenommen hat, nur allein eine Verhütung dieses Ereignisses im Auge.

Wenn die wegen einer *Spina bifida* operirten Kinder von der Entzündung der Meningen frei geblieben sind, so ist auch Heilung das Resultat gewesen; so in den Fällen von Cooper, Probart, Rosetti, Beynard und Dubourg. Wir müssen auf die Werke dieser Autoren verweisen. Sobald hingegen die Entzündung zu heftig war und auf die Meningen sich erstreckt hat, so hat sie fast immer den Tod herbeigeführt. In einem Falle, nämlich bei einem 11 Tage alten Mädchen, hatte A. Cooper eine Punktion mit einer Nadel gemacht; 4 Tage darauf entzündet sich die Geschwulst, es tritt Fieber ein, am 6. Tage Krämpfe, die sich mehrmals wiederholten, und etwa am 50. Tage erfolgte der Tod; in der Leiche findet man in den Gehirnhöhlen ungefähr 180 Gran Flüssigkeit, in welcher Flocken gerinnbarer Lymphe schwimmen. In einem zweiten Falle, einen Knaben betreffend, welcher eine ziemlich grosse *Spina bifida* an der Basis des Kreuzbeins hatte, machte A. Cooper an 30 Punktionen, ehe das Kind starb; nach den ersten beiden Punktionen folgten grüne Darmausleerungen und Krämpfe; bei der dritten Punktion floss etwas jauchiges Serum aus, es wurden aber noch 13 Punktionen gemacht; es traten Krämpfe, Erbrechen, Durchfälle ein, aber man wiederholte die Punktion immer wieder; endlich verfällt das Kind am 63. Tage in Agonie, aber es erholt sich und 3 Wochen darauf beginnt man die Punktion von Neuem. Endlich, sagt der Autor, der diese Geschichte erzählt, sei man, da so viele Punktionen weder Heilung noch den Tod brachten, müde geworden, und habe eine Binde angelegt. Auch Abernethy hat 10 Punktionen in 7 Wochen an einem Kinde gemacht, ohne dass ein Resultat eintrat, aber am Ende wird einer der Einstiche geschwürig, der Tumor eitert und es erfolgt der Tod. Auch Hr. Velpeau macht in einem Falle von *Spina bifida* in der Lendengegend 4 Punktionen mit der Lanzette, ohne dass irgend ein Zufall eintritt, aber am 20. Tage treten Krämpfe ein, die den Tod zur Folge haben; in der Leiche findet man eine mit Eiterung begleitete Entzündung, welche von der Geschwulst ausgeht und das Rückenmark entlang sich ausdehnt.

Man kann zu diesen Fällen noch sehr viele hinzufügen, die in den Annalen der Wissenschaft zerstreut sind, und in denen auf die Punktion Entzündung der Wandungen und der Tod folgte. Noch neuerlich machte Tavignot in der *Experience* vom August 1844 einen Fall der Art bekannt. Solche Fälle beweisen zur Genüge, dass diejenige Ursache, wodurch sowohl bei der künstlichen Eröffnung des Sackes als bei der

spontanen Berstung desselben der Tod herbeigeführt wird, vorzugsweise die Entzündung der Meningen und Eiterergiessung ist.

Ein anderer Grund des Misslingens der Operationen ist die Verletzung des Rückenmarks und der Nerven. Hr. Prescott Hewet in London, der einige Beobachtungen über diese Krankheit vor Kurzem veröffentlicht hat, glaubt, dass der wichtigste Punkt in der Prognose der *Spina bifida* darin besteht, dass man ermittele, ob das Rückenmark oder die Nerven desselben mit dem abnormen Sack in irgend einer Beziehung stehen; denn von 20 Präparaten, welche der Autor in verschiedenen Museen untersucht hat, hat er nur ein einziges angetroffen, wo diese Nervenparthieen am Sacke nicht Theil nahmen. Trotz der Erfolge des Hrn. Dubourg ist er gegen dessen Operation, und selbst bei der Punktion des Tumors will er, dass man den Einstich nicht auf der Mittellinie mache, weil es diese Stelle ist, wo gegewöhnlich die Konnexionen zwischen dem Sack, dem Marke und den Nerven bestehen. Er glaubt, dass diese Konnexionen nicht vorhanden seien, wenn der Tumor nur den ersten 2 oder 3 Lendenwirbeln entspricht, während im Gegentheil der Rückenmarksstrang immer dann mit dem Sacke mehr oder weniger verbunden sei, wenn dieser zum Theil die Lendengegend und zum Theil die Sakralgegend einnimmt; und er glaubt, dass dieses darauf beruhe, dass im letzteren Falle die Krankheit schon in den ersten Monaten des Fötuslebens sich bilde, zu einer Zeit, wo das Mark noch den Kanal des Kreuzbeins erfüllt. Es ist dieses aber ein so zarter und wichtiger Punkt, dass wir dabei länger verweilen müssen; denn wäre die Behauptung des Hrn. Prescott richtig, so würde daraus folgen, dass die *Spina bifida* an der *Regio lumbo-sacralis* eine weit günstigere Prognose zulasse, als irgendwo an einem anderen Punkte der Wirbelsäule.

Es würde diese Ansicht weit von derjenigen entfernt sein, welche in der medizinischen Gesellschaft zu Lyon ausgesprochen worden ist, und welche darin besteht, die Prognose sowohl, wie überhaupt die Erwartungen, die man von der Operation zu hegen hat, nach der Höhe des Tumors im Verhältniss zur Wirbelsäule zu bestimmen. Uebrigens spricht gerade einer der Fälle des Hrn. Dubourg, wo die Operation Erfolg hatte, für die Behauptung des Hrn. Prescott, denn in diesem Falle sass der Tumor hoch oben auf dem letzten Hals- und ersten Rückenwirbel. Noch deutlichere Beweise giebt die pathologische Anatomie. So bemerkt Hr. Ollivier von Angers: „Gewöhnlich, besonders wenn nicht Hydrokephalus vorhanden ist, zeigt das Rücken-

mark keinen Bildungsfehler, ausser etwas Verlängerung, besonders in den Fällen, wo der Tumor das Kreuzbein einnimmt. Alsdann erstreckt sich das Rückenmark oft bis auf den Grund des Kreuzbeins. Eine fast konstante Eigenthümlichkeit erklärt dieses Faktum; diese Eigenthümlichkeit besteht darin, dass nicht nur die Lumbar- und Sakralnerven, sondern auch das untere Ende des Rückenmarks selber mit den Wandungen des Tumors verschmolzen und verwachsen sind. Er fügt hinzu: die ungewöhnliche Verlängerung des Markes ist besonders in den Fällen von *Spina bifida* gefunden worden, wo die Verhältnisse, welche dieses Organ in den ersten Zeiten des Fötuslebens darbietet, fortbestehen. In der That verlängert sich das Mark alsdann bis zum Ende des Kreuzbeins, und in dem Maasse, wie die Wirbelsäule wächst, scheint das Rückenmark in die Höhe zu steigen, besonders in der Lumbarportion. Indessen ist die übermässige Länge des Rückenmarks in der *Spina bifida* nur relativ; sie entspringt daraus, dass dieses Organ weiter gewachsen ist, während die Wirbelsäule in ihrem Wachsthum durch die Ursache, welche die *Spina bifida* erzeugt hat, gehindert oder verzögert worden ist. So glaubt Tiedemann, dass, wenn bei dem reifen Fötus das Rückenmark nicht so tief in den Wirbelkanal hinabsteigt, wie in den ersten Monaten des Fötuslebens, dieses davon abhängt, dass die Wirbelsäule schneller in die Länge wachse, als das Rückenmark, welches sie beschützt, so dass dieses im Verhältnisse zu jener kürzer wird, und zwar desto mehr, je näher der Fötus dem Tage seiner Geburt sich nähert. Nach Tiedemann also bleibt das Rückenmark an seiner Stelle fixirt und es ist der Wirbelkanal, welcher sich von oben nach unten verlängert. Morgagni sah den Rückenmarksstrang bis tief ins Kreuzbein hinabsteigen bei einem Kinde, das an *Spina bifida* litt. Trew, Hutchinson, Grashuys und Meckel führen ähnliche Fälle an. Beclard hat das Rückenmark bis zum Ende des Kreuzbeins bei einem reifen Kinde, welches an diesem Knochen eine *Spina bifida* zeigte, verlängert gefunden." „Endlich habe auch ich, fügt Hr. Ollivier zu allem Diesem hinzu, mehrmals diese übermässige Länge des Rückenmarks unter solchen Umständen angetroffen."

Noch weiter in seiner Behauptung geht Hr. Cruveilhier, denn er behauptet in seiner pathologischen Anatomie, dass die Ursache der *Spina bifida* eine Adhäsion des Rückenmarks und seiner Hüllen mit den Hautdecken darbietet, eine Adhäsion, die vorher eintrete, ehe die Knorpelbildung der Vertebralringe begonnen hat, so dass dadurch das

Rückenmark ausserhalb des knochigen Kanals verbleibe und ein Hinderniss für die Bildung der knöchernen Ringe an der entsprechenden Gegend wäre. Habe die Adhäsion einmal stattgefunden, sei der Knochenkanal einmal unvollkommen, so folge ganz von selber, dass die Rückenmarksflüssigkeit nach dem Punkt hindränge, der den wenigsten Widerstand bietet.

(Schluss im folgenden Hefte.)

II. *Analysen und Kritiken.*

1. Ueber Scharlach und den Gebrauch der Essigsäure dagegen, von Isaac B. Brown.

(*On Scarlatina and its successful treatment by the acidum aceticum dilutum, by Isaac B. Brown. London*, 1846. 8. *pp.* 60.)

Der Inhalt dieser kleinen, etwas geschwätzigen Schrift lässt sich sehr kurz zusammenfassen. Nachdem der Verf. über die Bösartigkeit, den Ursprung und die verschiedenen Arten des Scharlachs sich ausspricht, kommt er auf das Wesen dieser Krankheit. In allen diesen Punkten ist er aber sehr ungenügend; er scheint eine Art von Sepsis im Blute der Scharlachkranken als das Wesen dieser Krankheit zu betrachten, und er stellt folgende Indikationen auf: 1) es müsse ein Mittel angewendet werden, welches vermöge seiner antiseptischen Eigenschaften am besten im Stande sei, das Blut von seinem Gifte zu reinigen. 2) Es müsse jedes Reizmittel, welches die Vaskularität der Schleimhäute vermehren könnte, vermieden werden, dagegen seien solche Mittel anzuwenden, welche adstringirend und dabei doch zugleich gegen das Fieber wirken, und endlich sei durch direkte Einwirkungen beginnende Ulzeration zu bekämpfen.

Man sieht schon aus diesen wenigen Sätzen, wess Geistes Kind der Verf. ist. Er scheint sehr verworrene Ansichten zu haben, die wir dahingestellt sein lassen wollen. Das Mittel, welches allen diesen Indikationen entspricht, ist *Acidum aceticum dilutum* oder destillirter Weinessig. So wie er zu einem einfachen Falle von Scharlach gerufen wird, so untersucht er den Hals, und findet er daselbst sehr heftige Röthe, so wendet er den Höllenstein in Substanz an, und legt

zugleich einen aus Kampherliniment mit Seife und etwas Laudanum bereiteten Umschlag um den Hals und deckt darüber einen Flanelllappen. Ist die Reizbarkeit der Haut zu gross, so bedeckt er den Hals mit einem warmen Kataplasma, unter Umständen auch mit einem Senfteige. Dann giebt er zur Reinigung des Darmkanals etwas Kalomel oder Rizinusöl. So wie der Darmkanal von seinen Stoffen einigermaassen befreit ist, giebt er einem Kinde unter 3 Jahren folgende Mixtur:

℞ *Acid. acetic. dilut.* ʒij,
Syrup. Sacchar. ʒiv,
Aqu. destill. ℥iv.
M. S.

Dreistündlich den vierten Theil davon zu nehmen. Je nach dem Alter steigert er die Menge der Essigsäure, so dass er nach dem 15. Jahre schon 2 Drachmen der verdünnten Essigsäure als eine Dosis betrachtet. Unter verdünnter Essigsäure versteht er destillirten Weinessig einen Theil, gemischt mit 7 Theilen destillirten Wassers.

Bei dieser Medikation lässt er den Kranken nicht aus dem Bette, und sorgt dafür, dass der Fussboden und die Geräthschaften des Krankenzimmers fleissig mit Chlorkalkauflösung besprengt werden. Schon sehr früh beginnt er mit kräftiger Ernährung, und sobald sich wunde oder aphthöse Stellen am Halse zeigen, ätzt er sie mit Höllenstein.

Das Büchlein schliesst mit der Erzählung einiger Fälle, welche jedoch kein anderes Interesse darbieten, als dass in ihnen mit Erfolg das vom Verf. angegebene Mittel angewendet worden ist. Zuletzt führt er noch ein Schreiben eines Herrn Hunter aus Margate an, der schon früher die Essigsäure gegen Scharlach in grossem Maasse angewendet hat, und den er daher um Auskunft gebeten. Hr. Hunter antwortete ihm, dass er, da der Erfolg, den dieses Mittel gehabt hat, in fast allen Fällen ein gleich günstiger gewesen ist, gar nicht daran gedacht habe, sich besondere Fälle anzumerken; er könne nur sagen, dass er seit Anwendung dieses Mittel höchst selten einen Scharlachkranken verloren habe, wie böse auch die Epidemie gewesen sein mag.

2. Allgemeines Kinder-Hospital in Wien.

(Berichte vom Jahre 1845 über das erste allgemeine Kinder-Hospital in Wien, abgestattet vom Direktor der Anstalt, Dr. Ludwig Mauthner, Wien, 1846.)

Die Kräfte und das Wirken der Anstalt waren im Laufe dieses Jahres in fernerem Wachsthum begriffen. Nicht nur das Vermögen vermehrte sich, sondern auch die Zahl der Betten, welche jetzt bereits 40 beträgt. Verpflegt wurden in der stehenden Anstalt 552 kranke Kinder, darunter 41 gegen Verpflegungskosten, 511 unentgeltlich; dabei wurden 4050 Kinder ambulatorisch von der Anstalt aus behandelt. Gegen das vorige Jahr sind demnach 21 Kinder mehr im Hospitale und 726 mehr ausser demselben behandelt worden. Von den 252 aufgenommenen waren 20 neugeborene und 44 im Alter von 4 — 12 Monaten. Das Verhältniss der Behandelten zu den Gestorbenen war im Hospitale, wo die schwersten Krankheiten vorkamen, wie 16 zu 100, und in der ambulatorischen Anstalt, wo die Mehrzahl in leichteren Krankheitsfällen bestand, gleich 6 zu 100. Geimpft wurden 107. —

Krankheitsformen.	Im Hospitale behandelt. Rest vom Jahre 1814.	Im Jahre 1845 aufgenommen.	geheilt.	gebessert.	gestorben.	verblieben in Behandlung.	Knaben.	Mädchen.	In den Wohnungen. Rest vom Jahre 1844.	Im Jahre 1845 hinzugekommen.	geheilt oder gebessert.	gestorben.	weggeblieben.	ins Hospital gebracht.	Knaben.	Mädchen.
Abszesse	—	9	6	3	—	—	4	5	—	73	66	—	—	6	36	37
Abzehrung	1	22	2	3	17	1	11	12	—	98	31	36	21	9	49	49
Beinfrass	—	2	—	—	—	2	1	1	—	28	22	—	4	2	16	12
Bildungsfehler	—	2	—	—	—	2	1	1	2	7	1	—	7	1	5	4
Blasenausschlag	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	—	—	—	2	3
Blattern	1	3	3	—	—	1	2	—	—	28	26	—	—	2	15	13
Blausucht	—	13	9	4	—	—	5	8	—	77	68	—	—	8	35	42
Bläschenausschlag	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bleichsucht	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	4	3	1	—	1	7
Blödsinn	1	2	—	2	—	1	2	1	—	3	—	—	2	1	2	1
Brustkrampf	—	1	—	1	—	—	—	1	1	4	5	—	—	—	3	2
Durchfall und Gedärmerweichung	—	32	17	11	3	1	18	14	1	538	474	34	8	22	279	260
Englische Krankheit	1	2	1	—	—	2	2	1	—	120	89	—	30	1	56	64
Entzündung des Gehirns	—	9	1	1	4	3	7	2	—	62	50	5	2	5	38	24
- des Rückenmarks	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	5	1	—	—	3	3
- der Ohren	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31	28	—	2	—	17	14
- der Augen	3	33	20	15	—	1	14	22	2	212	194	—	2	17	91	123
- des Rachens	—	4	2	2	—	—	4	—	1	11	11	—	—	1	7	5
- der Luftröhre (häut. Bräune)	—	15	7	2	5	1	8	7	1	182	154	13	2	12	88	95
- - Lungen und des Rippenfelles	3	70	47	14	9	3	39	34	2	289	190	28	18	52	154	137
- - Gedärme	1	20	8	6	7	—	8	13	1	192	154	21	3	13	188	105
- - Leber	—	2	1	1	—	—	2	—	—	11	9	—	—	2	5	6
- - Milz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	—	—	—	2	4
- - Gelenke	1	9	2	8	—	—	6	4	—	42	33	—	5	4	21	21
- - Beinhaut	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	10	—	1	—	8	4
- des Zellgewebes	—	8	4	2	—	2	4	4	—	24	20	—	—	4	17	7
Erbrechen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	24	2	1	1	16	12
[illegible]	[illegible]	15	12	—	1	1	8	7	—	224	206	—	1	15	106	108

Fraisen (Krämpfe)																
Geschwülste (Blutschwamm)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	2	—	2	2
„ der Drüsen	—	8	4	2	1	1	5	3	—	81	76	—	—	4	47	34
Geschwüre und Wunden	—	7	2	5	—	—	4	3	—	39	33	—	—	5	17	22
Harnbeschwerden	—	2	2	—	—	—	2	—	—	8	6	—	1	1	6	2
Herzfehler	1	2	—	2	1	—	2	1	1	11	2	3	5	2	8	4
Hirnwassersucht (chronische)	—	2	—	1	1	—	1	1	—	63	36	16	9	2	30	33
Katarrhe	3	28	19	9	—	3	11	20	2	442	419	—	6	16	213	231
Keuchhusten	—	12	4	8	—	—	8	4	—	120	98	6	8	6	59	61
Knochenbrüche	—	7	5	2	—	—	1	6	—	11	8	—	—	3	5	6
Knötchenausschlag	—	2	2	—	—	—	2	—	—	25	24	—	—	1	18	7
Knotensucht (Tuberkeln)	1	29	4	6	17	3	17	13	2	149	68	26	35	19	80	71
Kolik	—	2	2	—	—	—	1	1	1	35	34	—	—	1	21	15
Kopfgrind	2	12	9	5	—	—	6	8	—	55	46	—	—	8	25	30
Krätze	3	11	11	—	—	3	9	5	—	20	12	—	—	7	8	12
Lähmung	1	—	—	—	1	—	1	—	—	7	3	—	4	—	4	3
Masern	2	28	21	2	7	—	11	19	—	53	36	2	—	15	28	25
Milchborke	—	1	—	1	—	—	1	—	—	20	20	—	—	—	10	10
Nesselausschlag	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	—	—	—	5	1
Pustelausschlag	—	6	2	3	—	1	4	2	—	31	25	—	—	6	16	15
Quetschung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	4
Rötheln	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	2
Rothlauf	—	1	1	—	—	—	1	—	—	13	11	—	—	1	8	5
Scharlach	1	5	5	—	1	—	3	3	—	13	8	1	1	4	8	5
Schuppenausschlag	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Schwämmchen und Mundfäule	2	7	7	1	—	1	—	3	—	69	58	5	—	6	35	34
Skorbut	—	1	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Skropheln	3	23	2	13	2	6	12	14	—	131	92	6	20	13	61	70
Staar, grauer	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Unverdaulichkeit	—	2	1	1	—	—	2	—	3	85	85	—	1	—	52	36
Verkürzung des Zungenbändchens	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	27	—	—	—	17	10
Vorfall der Gedärme	—	3	2	1	—	—	—	3	—	20	16	—	2	1	10	10
Wassersucht	—	6	4	1	—	1	2	4	—	26	16	2	2	6	12	14
Wurmkrankheit	—	1	—	1	—	—	—	1	—	12	10	—	2	—	4	4
Zellgewebsschwamm	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1
	33	519					282	270	20	4030					2041	2009
	552						552		4050						4050	

III. Klinische Mittheilungen.

A. Hôpital des Enfans malades in Paris (Klinik von Jadelot).

Ueber Pneumothorax und Phthisis bei Kindern.

„In unsern Sälen befindet sich ein kleines Mädchen, $9\frac{1}{2}$ Jahr alt, von schwacher Konstitution, lymphatisch und von üblem Gesundheitszustande. Sie war geimpft worden und bekam etwa vor einem Jahre die Masern; diese liessen einen anfangs trockenen, häufigen, dann mit reichlichem Schleimauswurf begleiteten Husten zurück. Das Kind erinnert sich nicht, Seitenstiche gehabt oder Blut ausgeworfen zu haben. Auch jetzt klagt es nur über eine Beschwerde beim Athemholen und über einen fast anhaltenden Husten, der es sehr anstrengt. Als wir dieses kleine Mädchen zum ersten Male sahen, bot es folgende Erscheinungen dar: grosse Blässe des ganzen Körpers, dabei etwas abgezirkelte rothe Backen, Puls 96, klein, wenig entwickelt, regelmässig. Die Athmung beschwerlich, so dass die kleine Kranke gezwungen ist, im Bette sich öfter aufzusetzen, oder wenigstens mit dem Kopfe sehr erhöht zu liegen. Haut heiss, schwitzend; Augen glänzend. Der Wiederhall des Brustkastens ist vorn an beiden Seiten des Brustbeins ziemlich gut, etwas matter jedoch links an der Spitze. Die Respiration vorn in den beiden untern Dritteln jeder Seite deutlich hörbar, schwach rechts oben, fast gar nicht hörbar links oben, statt des Athmungsgeräusches ist hier ein mit den Athmungsbewegungen isochronischer Rhonchus und Sibilus hörbar. Die Herzgegend giebt den gewöhnlichen matten Ton, Herztöne etwas trocken und rauh, jedoch ohne pustenden Ton."

„Hinten ist an der ganzen rechten Seite der Wiederhall eben so wie die Athmung normal. Links aber ist der Wiederhall in der oberen Hälfte matt, in der unteren Hälfte dagegen gut. Die Athmung ist gut nach unten, dagegen nach oben mit grossblasigem Schleimrasseln gemischt; etwas metallisches Klirren, dagegen ein sehr deutliches amphorisches Ausathmen; an den Stellen, wo man dieses letztere Geräusch hört, fehlt das inspiratorische Geräusch fast gänzlich. Auswurf reichlich, schleimig, eiterig, am Gefässe ansitzend. Die Abmagerung sehr gross; Zunge feucht, weisslich; Appetitlosigkeit; Durst ziemlich lebhaft; Bauch nicht empfindlich beim Druck; weder Diarrhoe noch Ver-

stopfung. Verordnet: 2mal täglich Brechwein; isländisches Moos und Milch. Ausserdem allabendlich Kataplasmen auf den Beinen."

„Während der ersten 10 — 12 Tage blieb der Zustand der kleinen Kranken fast derselbe, aber am 12. Tage konnte man, nachdem sehr heftige, mit Eiterauswurf verbundene Hustenanfälle vorausgegangen waren, an der oberen Parthie der linken Seite ein ziemlich starkes Gurgeln vernehmen, das mit einem Pfeifen während der Einathmung begleitet war. Hinten sind jedoch die Erscheinungen noch so wie früher, nur das amphorische Geräusch hat zugenommen. Schwäche des Kindes sehr gross; Puls 96 — 100. Dieselben Mittel werden gegeben und ausserdem etwas Opiat-Syrup."

„Einige Tage später ist der Wiederhall an der linken Seite viel matter und erstreckt sich fast ganz und gar über dieselbe. Das Athmungsgeräusch fehlt hier ganz, dagegen an der hinteren Parthie ein amphorisches Geräusch; ausserdem hört man ein sehr deutliches Metallklirren, besonders nach unten. Die Dyspnoe sehr gross, so dass die kleine Kranke nicht mehr horizontal liegen kann; Puls 108, klein, wenig entwickelt; seit 3 Tagen Durchfall, der nicht aufgehalten werden kann; der Tod erfolgt noch in der Nacht."

„Bei der Eröffnung der Brust trifft man zahlreiche Verwachsungen zwischen der Rippenpleura und der Lungenpleura an der linken Seite. Die rechte Lunge fast ganz frei, nur hinten an der Spitze etwas angewachsen; sie ist in ihren beiden unteren Dritteln ganz gesund; in ihrem oberen Drittel zeigt sie aber eine grosse Menge Tuberkeln, die der Erweichung nahe sind, aber keine Kavernen; einige Tuberkeln sind noch roh. In der unteren und hinteren Parthie der rechten Pleurahöhle findet man ungefähr 150 Grammen einer serös-eiterigen Flüssigkeit, welche einige grützige Theile enthält, die aus Tuberkeleiter zu entstehen scheinen. Nach hinten sieht man keine Verwachsungen, oder wenigstens sind sie sehr locker, und die Lunge scheint theils durch die vorhandene Flüssigkeit, theils auch durch Luft, welche sich in der Pleura befand, nach hinten zu zusammengedrückt zu sein. Die linke Lunge, in ihrer unteren Hälfte gesund oder höchstens etwas angeschoppt, ist in ihrer oberen Hälfte mit rohen und erweichten Tuberkeln überfüllt; ein Einschnitt zeigte 2 Höhlungen, deren geräumigste ein Taubenei fassen könnte. Die hintere Fläche der Lunge zeigt eine kleine fistulöse, enge Oeffnung, welche deutlich von einem oberflächlich liegenden erweichten Tuberkel gebildet ist."

„Die anderen Apparate zeigen nichts Besonderes, nur die Schleim-

haut des Dickdarms ist lebhaft geröthet. — Dieser Fall ist besonders dadurch interessant, dass eine Lungenperforation hinzugekommen ist, welche wahrscheinlich in Folge einer Erweichung eines oberflächlich gelegenen Tuberkels entstanden ist. Dieses pflegt übrigens bei Pneumothorax fast immer der Fall zu sein. Sehr selten trifft man bei denen, die an Pneumothorax gelitten haben, nicht diese Lungenperforation an. Indessen hat man, wie wir später zeigen werden, bisweilen Fälle von Pneumothorax angetroffen, in denen die sorgfältigste Untersuchung nach dem Tode keine Perforation der Art gezeigt hat. Ist die Perforation die Folge einer Lungenphthisis, so ist ihr Sitz meistens, wie in diesem Falle, an der Spitze der Lunge, welches sich dadurch erklärt, dass hier auch die Tuberkeln am meisten gehäuft zu sein pflegen und am frühesten sich zu entwickeln beginnen. Nur selten trifft man die Tuberkeln an der Basis oder an dem mittleren Theile der Lunge, ohne dass zugleich an ihrer Spitze welche vorhanden sind, während man sehr häufig die Spitze nur allein mit Tuberkeln besetzt findet."

„Hat die Perforation während des Lebens bestanden, was, wie schon gesagt, meistens der Fall zu sein pflegt, so findet man sie auch noch nach dem Tode; selten schliesst sie sich durch Vernarbung. Der Durchmesser der Fistelöffnung ist verschieden, sie kann so eng sein, dass sie nur eine Darmsaite durchlässt, aber auch bis zu 2 — 3 Centimeter betragen. Bald führt die Perforation unmittelbar in eine Kaverne, bald jedoch erstreckt sie sich erst einige Centimeter weit, ehe sie in die Kaverne mündet. Der erstere Fall ist der häufigere."

„Wenn die Perforation obliterirt wird, so geschieht es meistens durch eine falsche Membran. Eine wirkliche Vernarbung der Oeffnung ist äusserst selten; die mehr oder weniger dicke pseudomembranöse Ausschwitzung, die sich bisweilen erzeugt, verstopft den Gang, der aus der Tuberkelhöhle in die Pleura führt. In einigen seltenen Fällen verhält sich die falsche Membran, indem sie an einem ihrer Ränder frei ist, fast wie ein Ventil, oder eine Klappe, die während der Inspiration sich senkt und während der Exspiration sich erhebt, so dass sie der Luft den Eingang in die Pleuren gestattet, aber ihr den Ausgang verhindert. Hat sich die Verschliessung durch einige Adhäsion der beiden Pleuren mittelst vollkommen organisirter und solider falscher Membranen gebildet, so ist sie definitiv, während sie in den übrigen Fällen oft nur temporär ist."

„Bei der Lungenphthisis mündet die Perforation immer in eine

Kaverne oder einen Tuberkelheerd. Die Dimensionen der Kaverne können sehr verschieden sein. Bisweilen fand man die Lunge und die Pleura von einem einzigen isolirten und sehr kleinen Tuberkel ulcerirt und durchbohrt, und als Folge davon einen Pneumothorax. In solchem Falle trifft man meistens in der Pleura eine serös-eiterige Ergiessung, die einige Aehnlichkeit mit dem Tuberkeleiter hat. Diese Ergiessung erklärt die Entstehung des metallischen Klirrens, welches offenbar durch das Reiben der Luft an der Oberfläche der Flüssigkeit erzeugt wird."

„Existirt Pneumothorax in der Phthisis an einer Seite und zwar an der linken, so trifft man sehr oft Tuberkeln nicht nur links, sondern auch rechts an, wie unser Fall darthut. In der That hat die Perforation weit öfter links als rechts statt, was wohl darauf beruht, dass überhaupt an der linken Seite die Lungensucht viel schneller und aktiver verläuft als an der rechten Seite. Meistens ist auch nur eine einzige Perforation vorhanden, wenn auch mehrere oberflächliche Kavernen existiren und dieselben Bedingungen darzubieten scheinen."

„Die Pneumothorax kann durch das Bersten eines Abscesses in die Pleurahöhle bewirkt werden. Die Eröffnung eines Lungenabszesses in die Pleura und nicht in die Bronchen ist selten, und darf uns hier nicht beschäftigen, obwohl dieser Fall wohl öfter bei Kindern als bei Erwachsenen vorkömmt."

„Wir haben schon gesagt, dass Pneumothorax auch ohne Lungenperforation vorkommen kann. Obwohl man dieses nur sehr selten antrifft, kommt es doch vor, und bis jetzt vermochte die Wissenschaft das Entstehen eines solchen Pneumothorax nur auf eine wenig genügende Weise zu erklären."

„Welches aber auch die Ursachen des Pneumothorax sein mögen, so sind immer bei Kindern wie bei Erwachsenen gewisse Charaktere vorhanden, die allen Fällen gemeinsam sind. Die kranke Seite ist gewöhnlich erweitert und giebt beim Anpochen einen kavernösen Ton. Die Pleura enthält immer ein gewisses Quantum Luft, welche oft mit einer grösseren oder geringeren Menge saniöser oder eiteriger Flüssigkeit, die mit derjenigen analog ist, welche man bei Ergiessungen in Folge von Pleuritis, Gangrän, Blutung u. s. w. antrifft, gemischt ist. Nur sehr selten kommt es vor, dass man nichts als Luft und falsche Membranen findet. Ist die Brustwand einmal erhoben worden, so zieht sich die Lunge von den Rippenwänden zurück und wird gänzlich oder zum Theil nach hinten gedrängt. In den Fällen, wo, wie in dem unsrigen, an einem Punkte der Lunge Adhäsionen stattfinden, wird

dieses Organ nach der Wand hingedrängt, welche bei diesen Adhäsionen betheiligt ist. Es bleibt uns noch übrig, über das Verhalten der Lunge selber zu sprechen."

„Wenn die Luft in die Pleurahöhle dringt, so sinkt die Lunge zusammen, und ist die Menge der Luft etwas grösser, so wird dieses Organ komprimirt. Ist die Menge der eingedrungenen Luft so gross, dass die Wandungen des Thorax stark ausgedehnt werden, so ist die Lunge nur noch in den grossen Bronchen durchgänglich und oft wird sie auf ein so kleines Volumen reduzirt, dass sie durch die Athmung sich gar nicht mehr ausdehnt."

„Die Kompression der Lunge, sagt ein junger Autor, dem wir viel über diesen Gegenstand verdanken, kann in 3 Grade eingetheilt werden: 1) Es ist die Menge der Luft nur so bedeutend, dass man noch deutlich das Athmungsgeräusch unterscheiden kann, obwohl mit derjenigen Modifikation, welche durch das Dazwischentreten der Luft zwischen Lunge und Brustwandungen bewirkt wird; 2) bisweilen aber ist die Menge der Luft so gross, dass sie eine Kompression der Lunge bewirkt hat; dann ist die Athmung nur noch eine bronchiale, jedoch ebenfalls etwas modifizirt; 3) endlich gar kein Athmungsgeräusch und auch nicht einmal ein bronchiales ist vernehmbar. Beiläufig müssen wir bemerken, dass bei grosser Kompression der Lunge auch die vorhandenen Kavernen komprimirt werden."

„Das Volumen der Lunge ist abhängig von dem Grade der Kompression, die sie erleidet, und von ihrem eigenen Zustande. Bald ist das Volumen kaum vermindert, weil die Kompression gering oder gar nicht vorhanden ist, oder weil die Lunge an mehreren Punkten angewachsen oder indurirt ist; bald wiederum ist die Lunge so zusammengesunken, dass man kaum noch Spuren davon findet. In letzterem Falle ist der Ueberrest der Lunge gewöhnlich gesund, und dieser Umstand ist gewissermaassen nothwendig, weil sonst, wie man leicht zegreift, das Parenchym dem Drucke, welchen die Luft und die Flüssigkeiten ausüben, widerstehen würde."

„Die Ursachen des Pneumothorax sind sehr verschieden. In der bei weitem grössten Zahl von Fällen ist der Pneumothorax nur das Resultat anderer Krankheiten, die also gewissermaassen als prädisponirende Ursachen betrachtet werden können, während man die Perforation der Lunge für die veranlassende Ursache, und den Umstand, welcher diese Perforation herbeiführt, für die Gelegenheitsursache halten kann."

„Nach der Ansicht einiger Autoren, wie der Herren Rilliet und Barthez, giebt es keinen Pneumothorax, dem nicht Perforation der Lunge vorangegangen ist, und in den Fällen, wo man nach dem Tode keine solche Perforation gefunden, sind sie geneigt anzunehmen, dass sie während des Lebens bestanden habe und dass durch irgend eine Ursache die Oeffnung obliterirt worden. Was den Einfluss betrifft, den Alter, Geschlecht, Konstitution auf Entstehung des Pneumothorax hat, so begreift man, dass er sehr gross sein muss, insofern die Krankheiten, durch die Pneumothorax herbeigeführt wird, diesem Einflusse besonders unterliegen. So z. B. sind die Lungenabszesse selten bei Erwachsenen, dagegen häufig ein Ausgang der *Pneumonia lobularis*, einer dem Kindesalter fast ausschliesslich zukommenden Krankheit."

„Die veranlassende Ursache des Pneumothorax ist selten wahrnehmbar oder erforschlich; meistens ist die Ruptur der Pleura nur das Resultat der gänzlichen Zerstörung der Texturen durch eine ulzerative Entzündung; es ist jedoch möglich, dass gewisse Ursachen, etwa Anhäufung von Flüssigkeit in den Bronchien, ein starker Hustenanfall, eine Anstrengung das nothwendige Resultat des Lungenübels beschleunigen."

„Der Eintritt des Pneumothorax charakterisirt sich gewöhnlich durch lebhaften Schmerz und eine plötzlich eintretende sehr lebhafte Dyspnoe. Bei unserer kleinen Kranken haben wir dieses nicht wahrzunehmen Gelegenheit gehabt, denn der Pneumothorax war schon ausgebildet, als sie kam, nur nahm er im Hospitale noch an Stärke zu. Auf Schmerz und Dyspnoe darf man jedoch nicht zu viel geben. Der Schmerz ist besonders abhängig von der Perforation; er ist das Resultat einer Entzündung der Pleura und der dadurch bewirkten Durchbrechung derselben. Da die Einwirkung der Luft auf die Pleura fast gar nicht in Betracht kömmt, so kann man einen nur etwas lebhaften Schmerz der Ergiessung allein nicht zuschreiben. Was die Dyspnoe betrifft, so ist sie das gemeinsame Resultat der Perforation und des Pneumothorax. Die Dyspnoe hängt nämlich ab von der Entzündung der Pleura sowohl als von der Kompression der Lunge durch die ergossene Luft. — Sehr verschieden ist die Lage, die der Kranke einzunehmen vermag. Oft, wie in unserm Falle, ist der Kranke gezwungen, aufrecht zu sitzen, um freier zu athmen, besonders wenn ein chronisches organisches Leiden des Athmungsapparats vorhanden ist, wodurch das Organ verhindert ist, seine Funktionen gehörig zu erfüllen. — Die Expektoration vermindert sich durch die Perforation;

nicht, bleibt entweder dieselbe oder vermehrt sich noch, besonders wo noch eine frühere Pleuresie mit dem Pneumothorax komplizirt ist. Die Expektoration kann ein gutes diagnostisches Mittel werden und als ein Beweis des Zusammenhangs zwischen der Lunge und der Pleurahöhle betrachtet werden."

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

1. Fraktur des Humerus bei Kindern, nebst einigen praktischen Bemerkungen über Frakturen und Kontusionen des Ellenbogengelenks durch Fall auf den Ellenbogen.

„Wir haben in unseren Sälen mehrere Kinder, welche durch einen Fall auf den Ellenbogen sich Verletzungen zugezogen haben. Ein Fall auf den Ellenbogen ist sehr häufig bei Kindern, und es vergeht kein Jahr, in dem wir nicht 12 — 15 Fälle in unserem Hospitale empfangen. Der Fall auf den Ellenbogen bewirkt entweder einfache Kontusion oder Fraktur. Sobald uns Kinder gebracht werden, die einen Fall auf den Ellenbogen gethan haben, untersuchen wir ganz genau die Kranken, und zwar mit desto grösserer Sorgfalt, da sehr oft die Diagnose nicht leicht ist und häufig Zweifel hinterlässt. Nach einem Falle auf den Ellenbogen erzeugt sich nicht selten eine ziemlich grosse Deformität des Gelenks, welche in einem sehr markirten Vorsprunge vor der Ellenbogenbeuge und in einer Vertiefung nach hinten, ungefähr in der Gegend der Sehne, des *Triceps brachialis*, besteht. Wenn dieses der Fall ist, so ist meistens eine Fraktur vorhanden, welche etwas oberhalb des Gelenkendes des Humerus ihren Sitz hat, und zwar ungefähr da, wo die Epiphyse mit dem Schafte des Knochens sich verbindet. Die Fraktur erkennen wir an der Krepitation ausser der eben beschriebenen Deformität. Die Deformität allein beweist durchaus noch nicht das Dasein einer Fraktur, eben so wenig wie ein Fehlen der Deformität darthut, dass Fraktur nicht vorhanden ist. Häufig ist bei der eben erwähnten Fraktur weder der Vorsprung nach vorn noch die Vertiefung hinten bemerkbar. In anderen Fällen hat sich nur die innere und äussere Tuberosität verschoben, indem das Bruchende sich so um sich selber gedreht hat, dass der innere Kondylus des Humerus nach vorn steht.

Versucht man nun, die Bruchstücke in ihre gehörige Lage wieder zu bringen, was übrigens leicht möglich ist, so entsteht deutliche Krepitation. Endlich kann auch nur eine Fraktur des Epikondylus vorhanden sein."

„Oft kömmt es vor, dass in Fällen, wo unzweifelhaft Fraktur vorhanden ist, wir weder genau den Verlauf und den Sitz der Fraktur wissen, noch Krepitation erzeugen können. Die verschiedenen Frakturen, die hierbei in Betracht kommen, sind entweder ein mehr oder weniger schiefer Bruch des unteren Endes des Humerus, ein Bruch zwischen den Kondylen oder ein Bruch des Epikondylus allein. Diese 3 Arten von Fraktur kommen in Folge eines Falles auf den Ellenbogen am häufigsten vor. Es ist bisweilen unmöglich, eine ganz genaue Diagnose zu stellen, d. h. zu bestimmen, wie die Fraktur verläuft und von welcher Art sie ist, besonders wenn bedeutende Anschwellung und Deformität vorhanden ist. Oft bewirkt der Fall wie gesagt auch nur eine einfache Kontusion des Gelenks. Von den 3 Kindern, die wir jetzt vorhaben, hat nur eins einen Bruch, zwei aber eine blosse Quetschung des Gelenks erlitten. Der erste Knabe, 5 Jahre alt, ist uns vor einigen Tagen gebracht worden. Wir fanden an ihm Anschwellung des Gelenks und einen Vorsprung am vorderen Theile desselben. Der vordere Arm konnte gegen den Oberarm gebeugt werden, aber das Dasein des harten, widerstrebenden Vorsprunges, von dem wir so eben gesprochen, liess uns eine Fraktur fürchten. Die Schmerzen waren sehr lebhaft bei der geringsten Bewegung, aber diesen Schmerz abgerechnet, war es durchaus nicht schwer, das Glied die Bewegungen der Streckung und der Beugung vollziehen zu lassen. Wir konnten keine Krepitation hören. Wir glaubten also, dass wir es hier nur mit einer einfachen Kontusion zu thun haben. Einer der Gründe, der uns in dieser Diagnose bestätigte, war der, dass wir von den Eltern des Knaben erfuhren, er habe mehrere Monate vorher eine Fraktur des unteren Endes des Humerus erlitten. Dieser alten Fraktur also konnten wir recht wohl die Anschwellung zuschreiben, die wir an der vorderen Fläche des Gelenks wahrnehmen konnten."

„Beim zweiten Kranken konnten wir ebenfalls nur eine Kontusion annehmen; es war nur etwas Anschwellung vorhanden, aber keine Deformität des Gelenks; die Bewegungen der Beugung waren ziemlich frei und erzeugten keine Krepitation. Jetzt ist es noch eben so; es ist nur bei den Bewegungen etwas Schmerz vorhanden. In Fällen dieser Art, wo nur Kontusion stattgefunden zu haben scheint, müssen

wir in unseren Aussprüchen sehr vorsichtig sein, und keinesweges mit grosser Bestimmtheit behaupten, dass weder Fraktur noch eine Spaltung des Knochens geschehen ist; es kann die Fraktur möglicherweise ohne Verschiebung und demnach auch ohne sichtbarliches Symptom vorhanden sein. Wir wiederholen, dass wir auch bei diesem Kranken annehmen, es sei nur Kontusion ohne Fraktur da, aber wir können nicht mit Sicherheit erklären, dass der Knochen nicht irgendwo einen Spalt erlitten hat."

„Nicht ganz eben so ist es mit dem kleinen Mädchen, welches unseren dritten Fall bildet; diese kleine Kranke ist von uns wiederholentlich untersucht worden; alle Bewegungen, welche man mit dem Gliede vornahm, waren schmerzhaft, besonders die Beugung. Drückte man auf die beiden Kondylen, so steigerte man den Schmerz, und beugte man den Vorderarm etwas schnell gegen den Oberarm, so entstand Krepitation. Indessen war weder Verschiebung noch besondere Deformität des Gelenks vorhanden."

„Unserer Ansicht nach ist ein Fall auf den Ellenbogen, mag Fraktur die Folge gewesen sein oder nicht, immer ein sehr ernstlicher Vorfall, gegen den mit Kraft gehandelt werden muss. Es giebt keinen Arzt, welcher nicht die grosse Disposition der Kinder zu *Tumor albus* der Gelenke kennt; man weiss auch, dass die meisten Kranken der Art, wenn sie einen Arzt deshalb zu Rathe ziehen, und welche sich wegen *Tumor albus* an ihn wenden, angeben, dass sie die Krankheit ursprünglich durch einen Fall oder Stoss bekommen haben. Man muss eingestehen, dass es in einigen Fällen wirklich so ist, aber wir werden später zeigen, dass dieses durchaus nicht die allgemeine Regel ist. Sind wir mit der Diagnose im Klaren, mag Fraktur vorhanden sein oder nicht, so müssen wir uns bemühen, die Entzündungszufälle, welche in dem Gelenke, das einen Stoss erlitten hat, eintreten können, zu verhüten. Wir setzen immer Blutegel in gehöriger Zahl je nach dem Alter und der Konstitution des Kranken auf das kranke Gelenk; man kann nach Umständen 10 — 12 Blutegel ansetzen. Mit dieser örtlichen Blutentziehung verbindet man schicklich erweichende Kataplasmen und eine Beugung des Vorderarms gegen den Oberarm."

„Sind die ersten Tage nach dem geschehenen Falle vorüber, hat sich die Anschwellung bereits gelegt, so legen wir einen Dextrinverband an. In fast allen Fällen dieser Art ist unserer Ansicht nach der unbewegliche Verband indizirt. Sind Wunden vorhanden, die man alle Tage ansehen muss, ist die Anschwellung des Gelenks sehr gross, so

muss man den Dextrinverband verwerfen, ebenso auch, wenn Abszesse, Erysipelas u. d. gl. sich einstellen, kurz wenn die Krankheit nicht einfach und ohne Komplikation ist. Es braucht nicht erst gesagt zu werden, dass man erst eine trockene Binde um den Arm legen muss, indem man dafür sorgt, den Arm des Kranken im rechten Winkel gebeugt halten zu lassen. Um einen zu starken Druck des Dextrinverbandes auf die Gelenkbeuge zu verhüten, ferner auch um die Wunden zu vermeiden, welche aus einer zu lange dauernden Beugung des Gliedes bei fetten wohlgenährten Kindern entstehen, muss man die Gelenkbeuge erst mit Watte bedecken, dann über dieselbe eine trockene Binde anlegen und dann erst von der Faust an aufwärts den Dextrinverband appliziren. Wenn man eine solche Vorsicht unterlässt, so wird der Arm im Handgelenk unbeweglich; bei Kindern zumal muss man Alles vermeiden, was die Bewegungen im Gelenke verhindert, und hier nur der dringendsten Nothwendigkeit weichen. Ist der angelegte Apparat trocken und fest, so lässt man ihn 14 Tage lang liegen, wenn es eine Fraktur des Humerus ist."

„Dieses ist die Behandlung, deren wir uns gegen Frakturen und Kontusionen der Gelenke, die durch einen Fall auf den Ellenbogen entstanden sind, bedienen, und wir dürfen wohl sagen, dass wir in unserer Praxis niemals auf Kontusionen oder Frakturen, die so behandelt worden sind, einen *Tumor albus* haben folgen sehen, der, wie oft angegeben wird, durch einen Fall oder Stoss veranlasst wird. Oft in der That bringt man uns Kinder zur Konsultation, die mit *Tumor albus* behaftet sind und von denen die Eltern sagen, die Krankheit sei durch Stoss oder Fall entstanden. Wir glauben, dass man sehr vorsichtig sein müsse, sich hierüber auszusprechen. Ist nicht vielleicht die skrophulöse Konstitution das wichtigste Moment in der Bildung und Entwickelung eines solchen *Tumor albus*? Müssen wir uns nicht fragen, warum, wenn diese äussern Gewalten Ursachen der weissen Geschwülste sind, die vielen Kinder, die wir wegen Gelenkkontusionen in Behandlung bekommen, niemals weisse Geschwülste zeigen, sobald sie von starker und robuster Konstitution sind? Die eben erwähnte Behandlung, die wir stets befolgen, hat für uns den Vortheil, dass sie konsekutive Zufälle, weisse Geschwulst, Muskelverkürzung, Gelenksteifigkeit, Anchylosen u. s. w., verhütet. Wenn wir den Apparat wegnehmen, so haben die kleinen Kranken gewöhnlich noch einige Tage etwas Steifigkeit im Gelenke, aber diese Steifigkeit dauert nicht lange und 8 — 14 Tage nach Abnahme des Dextrinverbandes sind die Bewegungen wieder alle vor-

handen, besonders wenn man Sorge trägt, die Kranken einige erweichende oder gallerthaltige Bäder nehmen zu lassen. Man muss jedoch den kleinen Kranken empfehlen, das kranke Glied ja nicht zu früh und zu stark zu bewegen, damit nicht übele Komplikationen veranlasst werden."

„Oft werden wir auch zu Kindern gerufen, von denen es heisst, dass sie auf den Ellenbogen gefallen sind. Man will den kleinen Kranken untersuchen, aber er schreit fürchterlich, wenn man ihn nur berührt. Endlich gelingt die Untersuchung; man findet weder Fraktur noch Kontusion. Wir glauben bemerkt zu haben, dass in solchen Fällen die Gelenkpartheieen nur eine einfache Zerrung erlitten haben. Oft auch wird man in solchen Fällen finden, dass, wenn man die Eltern oder Wärterinnen genau befragt, gar kein Fall oder Stoss stattgefunden hat."

„Eine solche Zerrung des Gelenks ist sehr häufig bei ganz kleinen Kindern, die von Wärterinnen am Arme gefasst und daran über einen Graben gehoben werden. In diesen Fällen reicht es oft zur Heilung hin, die Kinder einige Tage den Arm in einer Schärpe tragen zu lassen und den Ellenbogen mit Kompressen, die man in Goulard'sches Wasser getaucht hat, zu belegen. Die Bewegungen kehren bald vollständig wieder. Man muss solche Zerrungen des Gelenks nicht mit Kontusionen des Gelenks verwechseln, die viel ernster sind. Vorsicht ist aber auch hier nothwendig, denn es sind Fälle vorgekommen, wo selbst auf solche Zerrung das Gelenks *Tumor albus* gefolgt ist. Demnach machen Sie es Sich zur Regel, bei jeder Affektion des Gelenks durch eine mechanische Ursache das Glied eine Zeit lang, 6, 8, 10, 14 Tage, je nach Umständen, unbeweglich zu erhalten, um jedem möglichen Vorwurfe zu begegnen, der später von den Eltern gemacht werden könnte, wenn wirklich *Tumor albus* eintritt."

---

2. Schwäche und Schiefstand der Beine; Heilung durch Schwefelsäure und Duschen.

„Es befindet sich in unserm Hospitale ein Knabe, 13 Jahre alt, der vor etwa 2 Monaten wegen eines besonderen Leidens hierher kam. Er hat sogenannte Knickbeine, d. h. er ging mit gekrümmten Knieen nach innen, und zwar in solchem Grade, dass die Kniee sich kreuzten und das Kind kaum auf seinen Beinen sich aufrecht halten konnte. Es

angab die Ammen, dass der Knabe erst seit 14 Tagen in diesem Zustande ist. Vorher ging er wie jeder andere Mensch. Die Eltern versichern, dass dieses Leiden plötzlich entstanden sei. Vierzehn Tage etwa vor seiner Aufnahme in unser Hospital hatte der Knabe eine Indigestion gehabt und am folgenden Tage hatte sich diese Schwäche der Beine gezeigt. Untersuchte man den Kranken, während er gestreckt auf dem Bette lag, so erkannte man, dass die Beine gerade waren, und dass von einer Kontraktur hier nicht die Rede sein konnte. Demnach waltete hier ein anderes Verhältniss ob, als bei den Kindern, welche ein wirkliches einfaches Knickbein haben. Bei den gewöhnlichen knickbeinigen Kindern entsteht die Deformität auch nur langsam; hier aber in diesem Falle erzeugte sich die Kontraktur plötzlich. Wir müssen gestehen, dass, als wir den Knaben zuerst sahen, wir den Gedanken hatten, die energischsten Mittel anzuwenden, nämlich Moxen, Kauterien, Blasenpflaster auf die Wirbelsäule, auf die Lendengegend; indessen führte eine Konsultation mit mehreren Aerzten zum Entschlusse, Schwefelbäder, Duschen und innerlich und äusserlich Tonika anzuwenden."

„Unter dem Einflusse dieser Medikation erholte sich der Kranke in wenigen Tagen sichtlich vor unseren Augen. Jetzt ist das rechte Bein fast ganz normal; das linke ist noch etwas abgewichen; dürfen wir diese gerade Richtung des Beins der Wirkung der Natur, unterstützt von den Schwefelbädern, zuschreiben, oder der Bewegung, welche der Knabe seit einiger Zeit auf unsere Anordnung vornehmen musste, und zwar einer sehr anstrengenden Bewegung, welche darin bestand, dass er den Saal frottiren musste? Es ist unzweifelhaft, dass die Bewegung einerseits und die Schwefelbäder und Duschen andererseits zur Heilung sehr viel beigetragen haben. Es geschah bei diesem Knaben das, was überhaupt bei knickbeinigen Kindern zu geschehen pflegt, nur geschah es schneller; denn Schwefelbäder, Duschen mit schwefelhaltigem Wasser, Tonika, Alkalien, Martialien zeigen sich bei knickbeinigen Kindern überhaupt sehr wohlthätig, aber sie wirken nur langsam. Die Bewegung hat auch hier vortreffliche Wirkung, aber ebenfalls nur allmälig."

„Viele Kinder sind knickbeinig, aber selten verbleibt diese Deformität der Beine bis über das 14. bis 18. Jahr hinaus. In den meisten Fällen tritt gegen Ende der Kindheit beim Herannahen des Jugendalters Heilung ein. Diese Heilung ist das Resultat der veränderten Lebensweise, welche auf die ganze Konstitution wirkt, aber keinesweges der etwa angewendeten mechanischen Mittel, als der Streck-

apparate, Stiefelchen u. s. w. Die Mittel, die man anwenden will, müssen vorzugsweise in solchen bestehen, welche erhebend und verbessernd auf die Konstitution wirken; Einreibungen mit stärkenden Linimenten auf die Lumbargegend, Bewegung der Beine, und zwar eine so kräftige Bewegung, dass man von ihr eine volle Entwickelung des Muskelsystems erwarten kann, endlich die genannten Bäder sind die Mittel, welche dieser eben genannten Indikation zu Hülfe kommen. In manchen Fällen bedarf es eines Zeitraums von 2 bis 3 Jahren, ehe die Beine wieder gerade sind."

„Nach den von uns gemachten Erfahrungen sind wir überzeugt, dass das Geradewerden in den meisten Fällen nichts weiter ist als das Werk der Zeit. Wir weisen daher auf das entschiedenste die in neueren Zeiten gerühmten Streckapparate oder andere mechanischen Mittel, ferner die Sehnendurchschneidung oder die Durchschneidung der äusseren seitlichen Ligamente des Kniegelenks, welche Operation von einigen Autoren angerathen worden ist, und die wir selber einigemal zu machen verleitet worden sind, die aber, offen gesagt, weit eher schädlich als nützlich ist, zürück. Fühlt man sich aber bewogen, unter gewissen besonderen Umständen mechanische Mittel anzuwenden, so muss dieses mit vieler Vorsicht geschehen, und man muss sich sehr sanft wirkender Apparate bedienen; von denen, die wir kennen gelernt haben, halten wir eine Rinne von Blech oder besser von starkem Leder, innerlich mit einem Stück Lammfelle gefuttert, für das beste; es wird auf die Kniekehle gelegt, um diese zu unterstützen. Bei Armen macht man die Rinne aus starker Pappe und futtert sie mit Watte. Die früher angeführten Mittel bleiben aber die Hauptsache, nur muss man bei den vorzunehmenden Bewegungen dafür sorgen, dass die jedesmalige Uebung nicht zu lange daure und das Kind nicht gleichsam überarbeitet werde."

---

3. Praktische Bemerkungen über Nekrose bei Kindern.

Es befanden sich in den letzten Monaten des vergangenen Jahres und auch bis jetzt noch in dem Hospitale viele Kinder, welche an Nekrose litten, und der Prof. nahm Gelegenheit, sich über diese Krankheit auszusprechen. Im Dezember lagen 6 mit Nekrose behaftete Kinder in seiner Abtheilung, nämlich: 1) ein Mädchen, 11 Jahre alt, mit einer beginnenden Nekrose der Tibia; 2) ein Mädchen, 9 Jahre

alt, mit ausgebildeter Nekrose der Tibia; 3) ein Knabe mit eben solcher Nekrose; 4) ein Kind mit Nekrose des Wangenbeins; 5) ein Kind mit Nekrose des ersten Metakarpalknochens, und endlich 6) ein Kind mit Nekrose der Tibia und vorhandenem Sequester.

„Die Nekrose, sagt der Prof., ist eine in der Kindheit sehr häufige Krankheit. Unter Nekrose versteht man bekanntlich den Tod einer mehr oder minder beträchtlichen Portion eines Knochens. Untersuchen wir die an Nekrose leidenden Kinder und fragen wir genau nach, so finden wir, dass die Krankheit fast immer aus inneren Ursachen entspringt. In manchen Fällen scheint die Krankheit durch äussere Ursachen entstanden zu sein; es ist dieses aber mehr bei Erwachsenen als bei Kindern der Fall, wo die Nekrose fast immer die Folge von Skrophelsucht ist. Kinder, die mit Nekrose behaftet sind, werden gewöhnlich alle Charaktere einer mehr oder minder ausgebildeten Skrophulosis darbieten. Was die verschiedenen Knochen betrifft, die bei Kindern von Nekrose ergriffen werden, so finden wir, dass diese Krankheit überall fast auf gleiche Weise vorkömmt; die Schädelknochen, die Gesichtsknochen, der Oberkiefer, der Unterkiefer, das Schlüsselbein, das Brustbein, das Oberarmbein, die Vorderarmknochen, die Metakarpalknochen und die Knochen der unteren Extremitäten werden alle fast auf gleiche Weise von Nekrose befallen. Indessen schien es uns, als ob doch die Kieferknochen, die Knochen des Tarsus und Metatarsus, des Karpus und Metakarpus, so wie die Tibia, kurz alle oberflächlich gelegenen Knochen weit mehr von Nekrose heimgesucht werden, als die tiefer gelegenen."

„Die Nekrose ist weit öfter auf eine gewisse Stelle im Knochen beschränkt, als dass sie den Knochen ganz einnimmt. Es wird eine kleine Portion des Knochens in Folge der von uns angeführten Ursachen von Nekrose befallen; die weichen Theile schwellen an, es bilden sich Abszesse, und wenn die Abszesse sich geöffnet haben oder geöffnet worden sind und man nun eine Sonde einführt, so fühlt man eine Stelle des Knochens entblösst und rauh. Es giebt Fälle, wo der Knochen ganz und gar von Nekrose befallen wird, so z. B. der Astragalus, das Fersenbein u. s. w., aber es ist dieses ein seltener Fall und kommt nur in wenigen Knochen vor."

„Was geschieht beim Anfange dieser Krankheit? Meistens beginnt sie mit inflammatorischen Erscheinungen. Wir sprechen hier nur von der Nekrose bei skrophulösen Subjekten. Fast immer treten die entzündlichen Erscheinungen ganz deutlich hervor; bisweilen jedoch ist

der Schmerz sehr gering, und es ist nur wenig Anschwellung in der Gegend bemerkbar, in der die Nekrose sich entwickelt. Obwohl der Schmerz nicht konstant ist, so giebt es doch nur sehr wenige Fälle, wo ein Druck auf die angeschwollene Parthie nicht für den Kranken empfindlich wäre."

„Ueberlässt man in der Periode, in der nur erst Anschwellung der Weichtheile und ein geringer Schmerz beim Druck vorhanden ist, die Krankheit der Natur, so bildet sich allmälig ein Abszess, der nach Verlauf einer längeren oder kürzeren Zeit sich öffnet. Der darin enthaltene Eiter ist niemals gut, es ist keineswegs der gelbe homogene und wohlgebundene Eiter phlegmonöser Abszesse, sondern er ist serös, flockig und stinkend, und mag der Abszess sich geöffnet haben oder geöffnet worden sein, so bildet sich immer eine bleibende Fistel."

„In dem Maasse wie die Krankheit vorschreitet, verändern sich auch die Erscheinungen; neue Abszesse bilden sich. Ist die Nekrose sehr beschränkt, genau umschrieben, so kann es geschehen, dass nur ein einziger Abszess sich erzeugt und nur eine einzige Fistelöffnung sich bildet."

„Die Nekrose der flachen Knochen zeigt sich nicht ganz so wie die Nekrose der langen Knochen; wir werden noch Gelegenheit haben, auf diese Verschiedenheiten zurückzukommen, von denen wir einstweilen absehen wollen. Während des Verlaufs der Krankheit können mehrere Umstände sich ereignen. Zuvörderst geschieht es bisweilen, dass der Sequester allein sich loslöst und ganz von selber an der Fistelöffnung, die durch den Abszess gebildet worden, sich darstellt, ohne vorher gelöst oder erschüttert worden zu sein. Es ereignet dieses sich oft bei den Knochen des Antlitzes. Jedesmal wenn der Sequester auf diese Weise sich darstellt, braucht man ihn nur mit einer einfachen Pinzette oder kleinen Zange herauszuziehen, oder es ist nöthig, zuvor die Fistelöffnung etwas zu erweitern. Ist die Nekrose umschrieben, begränzt, durchaus partiell, so bildet sich nach dem Austritte des Sequesters eine meistens eingetiefte Narbe; drückt man dann auf diese eingetiefte Narbe stark mit dem Finger auf, so fühlt man im unterliegenden Knochen eine entsprechende Depression, welche zu dem abgegangenen nekrotischen Knochenstücke im Verhältnisse steht. Dieses tritt besonders deutlich an den Schädel- und Gesichtsknochen entgegen, wo Nekrosen auch sehr häufig sind."

„Hat man es mit Nekrose kleiner langer Knochen, wie z. B. der Phalangen, zu thun, so wird nicht selten der ganze Knochen nekrotisch

und stösst sich im Ganzen ab. Es geschieht dieses, wie angedeutet, besonders an den Phalangen, und es können hier zwei Umstände eintreten: entweder nämlich wird der nekrotische Knochen nicht ersetzt, oder die Natur macht den Versuch, den dadurch entstandenen leeren Raum wieder auszufüllen. Es entwickelt sich eine knochige Textur neuer Bildung, aber es geschieht dieses nur nach der Nekrose langer Knochen. Bisweilen wird so eine Portion der Tibia ersetzt, welcher Knochen von allen grossen Röhrenknochen am häufigsten von Nekrose befallen wird. Wohl zu merken ist, dass, wo auch die Nekrose ihren Sitz hat, der neue Knochen mehr oder minder unregelmässig ist und niemals genau die Figur des Knochens darstellt, den er ersetzt. Bisweilen bleiben nekrotische Portionen, die sich vom Körper des Originalknochens nicht losgestossen haben, zum Theile im Knochen neuer Bildung eingeschlossen, umfasst; dieses stellt das dar, was man eingehülsete oder invaginirte Nekrose genannt hat."

„Kömmt die Kunst der Natur nicht zu Hülfe, so vergehen bisweilen Wochen, Monate, Jahre, bevor der Sequester sich abstösst. Wir haben unter andern ein Kind zu behandeln gehabt, — und dieser Fall erscheint uns so interessant, dass wir ihn nicht übergehen dürfen, — bei dem ein Sequester der Tibia sieben Jahre verblieb, ohne sich abzustossen und ohne nach aussen zu treten. Bisweilen wird der Sequester, der noch im Periost eingeschlossen ist, eine längere Zeit hindurch durch die Muskelbewegungen des Gliedes gegen den gesunden Theil des Knochens gerieben, wodurch er sich gleichsam abnutzt und kleiner wird. Sind die Knochen von Nekrose betroffen und folgt ihnen nach ihrer Abstossung eine Textur neuer Bildung nicht, so geschieht es gewöhnlich, dass die zurückbleibenden gesunden Knochenportionen durch gegenseitige Annäherung den leeren Raum zum Theile auszufüllen bestrebt sind."

„Es ist gewiss, dass die Nekrose mit einer grossen Anzahl anderer Krankheiten verwechselt werden kann. Nach unserer Ansicht ist die Nekrose der Ausgang einer Ostitis, einer wahren Knochenentzündung, entspringend aus einer Skropheldiathese und bisweilen, aber selten, durch Kontusionen veranlasst. Nur im Augenblicke ihres Auftretens kann man die Nekrose verkennen. Nicht selten kommen in unser Hospital Kinder mit einer Anschwellung, einer Auftreibung längs eines Knochens. Man kann für diese Anschwellung keine Ursache auffinden; nur etwas Schmerz ist vorhanden, sonst weiter nichts. Es ist sicherlich

nicht möglich, mit Bestimmtheit zu sagen, dass dieses eine Nekrose sei, und doch beginnen oft Nekrosen auf diese Weise."

„Die Behandlung, die die Nekrose erfordert, ist nicht selten eine komplizirte. Sehr selten haben wir irgend ein besonderes Resultat erlangt, wo wir uns bewegen liessen, Blutentziehungen vorzunehmen. Weit mehr genützt haben uns Resolventia und die graue Salbe. In einigen Fällen haben wenige Einreibungen dieser Salbe den Schmerz beseitigt und die Anschwellung bedeutend vermindert. Ist die Krankheit weiter vorgeschritten, ist die Anschwellung mehr umschrieben und ist Fluktuation ziemlich deutlich fühlbar, so sind Einschnitte indizirt, um dem Eiter, der sich gebildet hat, einen Ausgang zu verschaffen. Bis zu diesem Eingriffe ist die Krankheit noch nicht vollkommen deutlich. Ist aber der Abszess geöffnet worden, haben sich die Fisteln gebildet, hat die Anschwellung sich gelegt, dann ist die Krankheit deutlich zu erkennen. Anschwellung, Entblössung des Knochens reichen nicht hin, die Diagnose vollständig zu begründen; unzweifelhaft wird die Nekrose aber durch die Beweglichkeit des Sequesters."

„Die Prognese ist immer bedenklich; niemals darf man vergessen, die Angehörigen darauf aufmerksam zu machen, dass die Krankheit von sehr langer Dauer ist, denn es vergehen oft viele Monate, bevor selbst ein kleiner Sequester nur vollkommen sich abstösst. Der Umstand, dass ein Sequester eingehüllet werden kann, ist ein Grund, dass eine noch viel längere Dauer des Uebels prognostizirt werden muss. Um darüber zu urtheilen, ob die Krankheit bedenklich sei, muss man den allgemeinen Zustand des Kranken ins Auge fassen. Ist das Allgemeinbefinden ein übeles, ist eine tuberkulöse oder skrophulöse Diathese vorhanden, fühlt man beim Drucke auf den Bauch Geschwülste, welche für Tuberkeln des Bauchfelles und Mesenteriums gehalten werden müssen, so ist die Prognose sehr übel. Ist hingegen die Nekrose partiell, existirt sie nur an einem einzigen Knochen, ist im Uebrigen das Allgemeinbefinden ein gutes, so ist die Prognose etwas besser. Hat man es, was bisweilen der Fall ist, mit Nekrose mehrerer Tarsalknochen zu thun, so ist es sehr übel, da wohl selten die Amputation wird umgangen werden können. Auch die Ausdehnung der Nekrose und ihr Verlauf bis zum Tage des Untersuchens müssen ins Auge gefasst werden, wenn man in der Prognose bestimmter sein will."

„Die Behandlung, die wir mit unseren Kranken vornehmen, ist eine doppelte: eine allgemeine und eine örtliche. Wir haben gesagt, dass in den meisten Fällen die Nekrose eine aus innern Ursachen ent-

springende Krankheit ist. Wir begegnen demnach dieser innern Krankheit durch Darreichung von tonischen Mitteln, Martialien, Amaris und Jodkalium. Leiden die Kinder sehr an der Anschwellung, und wollen sich, wenn Fluktuation vorhanden ist, die Abscesse nicht selber öffnen, so zögern wir nicht, einen oder mehrere Einschnitte zu machen. Sind die Entzündungssymptome beruhigt, ist mittelst Merkurialeinreibungen, örtlicher und allgemeiner Bäder die Anschwellung des Gliedes vermindert, so treten örtlich viel energischere Mittel in Gebrauch. Durch die Fistelöffnungen macht man adstringirende Einspritzungen: man taucht die kranken Theile in *Decoctum Foliorum Juglandis* und verbindet die Wunden mit Scharpie, die mit derselben Flüssigkeit getränkt ist, — ein Verfahren, das den Vortheil hat, die Wunden gegen den Kontakt der Luft zu schützen und den Eiter in dem Maasse zu absorbiren, wie er sich bildet. Zeigt sich Eiter an einer engen Oeffnung, aus der er nicht heraus kann, so erweitert man sie etwas, um dessen Austritt zu erleichtern."

„Ist der Sequester eingehülset, so muss man anders handeln. Im Nothfalle kann man recht gut warten, ohne dass das Leben des Kindes bedrohet wäre. Meistens aber zieht man es vor, eine Operation zu machen und die Entzündungsthätigkeit zu unterstützen. Die Operation ist immer schwierig, schmerzhaft für den Kranken, peinlich für Wundarzt, zumal da es für das Verfahren keine bestimmte Regel giebt und man jedesmal durch die nähern Umstände des Falles sich bestimmen lassen muss. Das Einzige, was sich ungefähr angeben lässt, ist, dass man nach der Richtung der Fistelgänge das Messer führen muss."

---

4. Ueber Gangrän der Vulva bei kleinen Mädchen.

„Wir haben in unserm Hospitale ein 2½ Jahre altes Mädchen von guter Konstitution und bis dahin auch recht gesund. Die Kleine leidet erst seit 10 Tagen; sie ist wegen Gangrän der Vulva hierher gesendet worden. Die Krankheit begann mit einigen kleinen flachen Pusteln an der innern Fläche der grossen Lefzen, die stark geröthet waren. Die Pusteln oder Warzen brachen auf und vergrösserten sich nach Aussage der Eltern. Als das Kind uns vorgestellt wurde, war die innere Fläche der grossen und kleinen Lefzen mit einer graulichen, deutlich brandigen Schicht bedeckt. Der Geruch war stinkend wie beim Brande; Ausfluss jauchig; Schmerzen beim Urinlassen; Gesichtsausdruck aber gut; Allge-

meinbefinden befriedigend; nur grosse Schwäche. Resonanz und Respiration an beiden Seiten der Brust ziemlich gut, etwas Schleimrasseln; Puls schwach und klein; Gliedmaassen etwas kalt. Die Gangrän ist offenbar abhängig von allgemeiner Ursache. Wir haben die Mutter gefragt, ob das Kind nicht gewöhnlich eine Leukorrhoe aus den Genitalien gehabt hat, die bisweilen Ulzerationen der Vulva zu bewirken pflegt. Es scheint aber, dass die Mutter nichts dergleichen bemerkt hat."

„Der Brand ist sehr schnell vorgeschritten und dieses ist einer der Gründe, weshalb wir ihn von allgemeiner Ursache herleiten. Wir haben oft Gelegenheit gehabt, einfache Vulvitis zu beobachten, und wir haben dann gefunden, dass die damit verbundenen Exkoriationen gewöhnlich sehr schnell heilen. Hier ist es nicht derselbe Fall, und die angegebenen Symptome so wie der sehr rasche Verlauf des Uebels beseitigen alle Zweifel in dieser Hinsicht. Die Diagnose bestätigt sich auch noch durch die grosse Schwäche und den äusserst schwachen Puls, der immer bei den vom Brand irgendwo befallenen Subjekten vorhanden zu sein pflegt."

„Die Gangrän der Vulva ist eine sehr ernste Krankheit. Es gelingt uns bisweilen, die Kinder zu retten, welche von wahrer Verbrandung der Vulva befallen sind. Oft aber schreitet dieser Brand vorwärts, was wir auch dagegen thun. Indessen müssen wir uns nie abhalten lassen, diejenigen Mittel anzuwenden, durch die wir uns Erfolg versprechen. Vor allen Dingen geben wir Tonika. Die an Gangrän leidenden Kinder sind gewöhnlich schwach; wir gestatten ihnen gewöhnlich etwas Bouillon und, wenn keine zu lebhafte Entzündung vorhanden ist, etwas Wein; ferner geben wir Chinasyrup, Pillen von *Extract. Cortic. Chinae* u. dergl. Unter dem Einflusse solcher Mittel bessert sich der Zustand gewöhnlich, aber auch örtlich müssen wir einwirken. Die Mittel, die wir örtlich anwenden, sind Zitronensaft und die Chlorüre."

„Dieser eben genannten Medikation ungeachtet sahen wir den Brand weiter um sich greifen. Es blieb uns dann nichts übrig, als das Glüheisen anzuwenden, und wir haben das Instrument auf die Stellen gesetzt, auf welche der Brand sich begränzen zu können schien. Wir haben dadurch die Krankheit abgegränzt, aber trotz dieses so energischen Mittels bemerken wir kein grosses Resultat. Vielleicht ist jetzt die Röthe etwas weniger intensiv als sie vor der Kauterisation gewesen ist; auch ist wenigstens der Brand nicht über die Stellen

hinausgegangen, auf welche das Glüheisen ihn beschränkt hat und wenn wir keine grosse Besserung bemerken, so hat sich das Uebel wenigstens nicht verschlimmert. In solchen Fällen, wie der unserige, sind die flüssigen Kaustika weniger oft angewendet worden, offenbar weil man ihre Wirkung nicht genau und willkürlich beschränken kann; auch scheint das weissglühende Eisen etwas weniger schmerzhaft zu sein; seine Thätigkeit kann genau abgemessen werden."

„In dem Zustande, in dem dieses kleine Mädchen sich befindet, können wir nicht sagen, dass wir Heilung erlangen werden. Wir haben in noch schlimmeren Fällen bei sehr energischem Verfahren Heilung eintreten sehen; wenn es gut geht, lösen die Schorfe sich los und hinterlassen rosenrothe Stellen, welche sich bald mit Fleischwärzchen bedecken. Geht es schlimm, erfolgt der Tod, so pflegt, wie es auch bei unserer Kranken gehen kann, eine Affektion der Lungen sich einzustellen, in denen man dann entzündete Stellen und Eiterheerde antrifft."

IV. *Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.*

1. Ueber Skrophulosis und Kretinismus im Thale von Aosta.

In der *Gazeta medica di Milano* finden wir von Hrn. Dubini einige Angaben über die vorgenannte Krankheit, über die wir noch immer der Aufklärung bedürfen.

1. Bei den Aerzten von Aosta ist die Ansicht die vorherrschende, dass Skropheln und Kretinismus zwei durchaus verschiedene Krankheiten sind. Darum muss man aber nicht glauben, dass die Kretinen von der Skrophelkrankheit frei seien, aber selbst in diesem Falle zeigen sie um den Hals herum nicht die ungeheuren Drüsenanschwellungen, welche bei den anderen Skrophelkranken eine so häufige und so scheussliche Deformität bilden.

2. Die Praktiker, selbst die erfahrensten, können nicht immer es einem neugeborenen Kinde ansehen, ob es ein Kretin ist oder ob es einer werden werde. Es kommt ein Kind munter, lebhaft und wohl-

entwickelt zur Welt; sein Aussehen, die Feinheit seiner Züge, die Proportionen des Kopfes, die Aktivität der Muskelbewegungen bezeugen eine gesunde und kräftige Konstitution. Sieht man aber nach einigen Monaten und Jahren das Kind wieder, so ist es ein ganz anderes Wesen geworden; man findet es abgestumpft und stumm; die Entwickelung der Gliedmaassen nicht im Verhältniss mit dem Alter, den Kopf eingerahmt gleichsam in einem furchtbaren Kropfe und gewissermaassen vorherrschend über die dünnen und welken Glieder, und endlich das Antlitz dem eines abgelebten, blödsinnigen Greises gleichend.

3. Bei den Kretinen ist im Allgemeinen der Schädel sehr gross, aber sowohl in Bezug auf seine Form, als seine Dimensionen und die Neigung der Basis schlecht gestaltet; Hr. D. konnte bei einem dieser unglücklichen Geschöpfe das gänzliche Fehlen derjenigen Reihe von Gehirntheilen konstatiren, welche quer oberhalb der Augenbrauengegend liegen; es fehlte fast ganz das sogenannte Gall'sche Organ der Veneration. Indessen findet man unter einer grossen Zahl von Kretinen doch einige, deren Schädel wohlgestaltet ist.

4. Die Erblichkeit der Krankheit ist bis jetzt durchaus noch nicht erwiesen, ja im Gegentheil durch mehrere Umstände sehr zu bezweifeln. Was den endemischen und klimatischen Ursachen beizumessen ist, das schrieb man der Erblichkeit zu. Mehrmals hat Hr. D. Gelegenheit gehabt, sich zu überzeugen, dass Kretinen gesunde Kinder hatten, die vortrefflich aufwuchsen und gesund blieben, wenn sie zufällig in Gegenden versetzt wurden, deren klimatische und atmosphärische Zustände anderer Art waren. Dagegen kamen auch Fälle vor, wo ganz das Entgegengesetzte stattfand. So ward vor einigen Jahren ein piemontesisches Ehepaar, welches aus einem Paar kräftigen, wohlgebildeten Leuten bestand, in eine niedrige, in der Tiefe des Thals von Aosta gelegene Hütte versetzt, wo die Luft sehr stagnirend ist, und bekamen dort Kinder, die Kretinen wurden. — Ein Offizier, mit einer gesunden, wohlgestalteten Frau verheirathet, bewohnte Cormajor; er hatte viele Kinder, die alle gesund und kräftig waren. Er siedelte sich nun bei Aosta an, und die Kinder, die er nun bekam, wurden Kretine.

5. Das Trinkwasser, welches man als Ursache des Kretinismus betrachtet hat, verdient die Anklage nicht, die man ihm gemacht hat; denn die chemische Analyse hat erwiesen, dass der grosse Antheil an kohlensaurem Kalke, den man in den Quellen von Aosta antrifft, auch

in denen von Cormajor vorhanden ist, wo jedoch der Kretinismus nicht vorkömmt.

6. Es scheint, dass zu Aosta die nicht erneuerte *Luft* der tiefen Thäler, wo sie früher durch grosse Wälder und viele antike Triumphbogen noch mehr zurückgehalten wurde, die andern endemischen Einflüsse nur noch energischer machte. Wenigstens ist es merkwürdig, dass seit einigen Jahren, seitdem die Wälder theils gelichtet, theils abgeholzt sind und einige alte Monumente abgetragen, und so der Luft eine freiere Bewegung und Strömung verschafft worden, der Kretinismus sehr abzunehmen scheint, was wohl alle Aerzte des Landes bestätigen werden.

---

2. Bemerkungen über den *Spasmus glottidis*, das Kopp'sche Asthma und das Millar'sche Asthma.

Im *Raccoglitore medico* vom Juli 1845 finden wir von Hrn. Ferrari eine Arbeit, die sich mit einem Gegenstande, den wir mehrfach schon in diesem unserm Journale vorgenommen haben, beschäftigt. Auch wir haben uns mit der Differentialdiagnose der in der Ueberschrift genannten Krankheiten befasst und unsere Studien brachten uns zu dem Resultat, dass *Asthma thymicum, Spasmus glottidis, Laryngismus stridulus, Stridulatio convulsiva, Asthma laryngeum,* spasmodischer Krup, nervöser Krup und *Asthma Millari* alle eine und dieselbe Krankheit sind, nämlich eine Reflexthätigkeit der den Kehlkopf und besonders die Schliessmuskeln der Glottis versorgenden Rückenmarksparthie, welche krampfhafte Thätigkeit allerdings durch die verschiedensten Ursachen hervorgerufen werden kann, durch Unterleibsaffektionen, durch Gehirnaffektionen, durch Rückenmarksaffektionen, durch Brustaffektionen und wohl auch durch hypertrophische oder anderweitig degenerirte Thymus. Die Hauptsache ist und bleibt die krampfhafte Verschliessung der Stimmritze. Derselben Ansicht scheint auch Hr. F. zu sein, die übrigens so natürlich und einfach ist, dass sie auch schon von Andern ausgesprochen sein muss; nur nimmt er, wie wir späterhin sehen werden, das Millar'sche Asthma davon aus. In der That finden wir diese Ansicht bei Barrier und bei mehreren andern pädiatrischen Autoren. Ist wirklich, was, wie gesagt, vorkommen kann und auch wirklich vorgekommen ist, eine vergrösserte Thymusdrüse

die Ursache dieses Krampfes, so giebt darüber Auskultation und Perkussion Auskunft; denn dann findet man in der Thymusgegend einen durchaus matten Wiederhall, der sich etwas in die Breite und in die Länge erstreckt. In dieser ganzen Parthie hört das Ohr ein respiratorisches, schwaches, entferntes, fast unmerkliches und bisweilen ganz fehlendes Geräusch. Hinten an der Wurzel der Bronchien ist die Athmung sonor, pfeifend, wie immer da, wo der freien Luftströmung ein Hinderniss entgegensteht. Die Ausathmung steht in Bezug auf die Intensität des Tones durchaus nicht mit der Einathmung im Verhältnisse. Im übrigen Theile der Lunge ist das Athmungsgeräusch gewöhnlich normal.

Also die Vergrösserung der Thymusdrüse lässt sich durch Auskultation und Perkussion erkennen, und es ist mithin in Allem, was Hr. F. hier sagt, nichts Neues. Neu ist nur der Unterschied, den er zwischen dem *Spasmus glottidis* und dem akuten Millar'schen Asthma aufstellt. Seine Diagnose zwischen den beiden Krankheiten ist folgende:

Millar'sches Asthma.	Stimmritzenkrampf.
1. Sehr selten bei Kindern unter 1 Jahr, dagegen bis zum 8. Jahre vorkommend.	1. Sich immer (??) einige Wochen oder einige Monate nach der Geburt entwickelnd und niemals (??) nach dem 18. Monate.
2. Dem Anfalle gehen voran: ein Thränen, Schnupfen, Daniederliegen der Kräfte und eine geringe Fieberbewegung.	2. Keins dieser Prodrome ist vorhanden; ein vollkommenes Fehlen der Prodrome ist im Gegentheile ein konstantes Zeichen.
3. Die Perkussion ergiebt einen gleichen Ton in der ganzen Brust.	3. Ungleichheit der Resonanz bei Perkussion der vordern Thoraxfläche; Dumpfheit des Tones unter der vordern Parthie des Brustbeins. (Alles dieses doch wohl höchstens nur bei Hypertrophie des Thymus? Ref.)
4. Der erste Anfall tritt des Nachts ein, und mit 5 — 6 Anfällen hat die Krankheit ihr Ende erreicht.	4. Der erste Anfall kommt bei Tage oder bei Nacht; es kommen wohl bis 20 (??) an demselben Tage vor.

5. Die Paroxysmen sind mit rauhem, trockenem Husten begleitet; nach dem Anfalle gleich die Stimme rauh oder es ist bisweilen etwas Aphonie vorhanden.	5. Es ist kein Husten vorhanden; die Anfälle bestehen nur in einer oder in mehreren pfeifenden Respirationen; die Stimme ist nicht verändert.
6. Die Konvulsionen sind sehr selten; man beobachtet keine Kontraktionen.	6. Zu einer gewissen Zeit der Krankheit sind Konvulsionen und Kontraktionen sehr häufig.
7. Die Krankheit ist eine akute.	7. Die Krankheit ist fast immer chronisch.

Da aber das Millar'sche Asthma selbst nach Denen, die zuerst über diese Krankheit ausführlich geschrieben haben, nur äusserst selten vorkommen soll; da ferner der *Spasmus glottidis* auch mit katarrhalischen Zuständen komplizirt sein und bereits in wenigen Anfällen tödten kann; da endlich das Alter, indem der *Spasmus glottidis* nur bei Säuglingen, jenes Asthma aber bei viel älteren Kindern vorkommend angenommen wird, einen grossen Einfluss auf die Gestaltung der Symptome haben muss, so ist doch noch nicht erwiesen, ob nicht diese beiden, von Hrn. F. als verschieden gedachte Krankheiten, eins und dasselbe sind. Ist das Millar'sche Asthma, wie schon der Name angiebt, eine Nervenaffektion krampfhafter Art, so geht auch daraus hervor, dass es mit dem *Spasmus glottidis* ganz nahe verwandt, wenn nicht identisch ist.

Wir wollen aber dieses Alles dahingestellt sein lassen, und uns dem zuwenden, was Hr. F. über die Behandlung angiebt. Er stellt in Bezug auf den *Spasmus glottidis* folgende 4 Hauptindikationen auf:

1. Sorgfalt während des Anfalles: man halte das Kind vorne über gebeugt, indem man ihm etwas mit der flachen Hand auf den Rücken schlägt. Ist die Erstickung androhend, so spritzt man ihm etwas kaltes Wasser ins Gesicht, vermeidet aber das Darreichen starker Gerüche, wie des Ammoniaks u. s. w.

2. Mässigung der Krämpfe: Das Kirschlorbeerwasser in kleinen Dosen, Asafötida, Valeriana, Blausäure, Zink, etwas Opium, passend wenn grosse Empfindlichkeit und Reizbarkeit vorhanden ist; andererseits frische, nicht zu kalte und nicht zu warme Luft; ist das Kind entwöhnt, Vermeidung jeder reizenden Nahrung, ferner Vermeidung jeder starken Aufregung durch sehr heftiges Lachen, Weinen oder Schreien.

3. Verhütung der Kongestionen nach Herz und Lungen. Dieses wird erreicht durch ziemlich reichliche örtliche Blutentziehung, Blit, Exutorien, energische und häufig wiederholte Abführmittel. Bei beschleunigtem Herzschlage Digitalis und bei vielem Schleim in den Luftwegen Ipekakuanha bis zum Erbrechen.

4. Direkte Bekämpfung der Ursache der Krankheit: Hängt das Asthma von Hypertrophie der Thymus ab, so muss man dagegen Purganzen und Blutentziehungen anwenden, z. B. einige Blutegel auf das Brustbein, wobei man jedoch das Kind nicht zu sehr schwächen darf. Auch die Jodine passt innerlich bisweilen. Hr. F. behauptet, er habe den *Spasmus glottidis* in Folge von Vergrösserung der Thymus 3 — 4mal vorgehabt; Auskultation und Perkussion haben ihn davon überzeugt. Er setzte einige Blutegel auf das Brustbein, die nur wenig thaten; eine zweite Applikation von Blutegeln mit einigen Abführmitteln bewirkte Besserung. Die darauf folgende Darreichung von Jodkalium in Auflösung führte vollständige Heilung herbei.

---

3. Zur Aetiologie der Skropheln.

In seinem Berichte über die in der Infirmary von Sunderland behandelten Kranken, welche vorzugsweise Skrophelkranke sind, sagt Dr. Fife, dass die meisten Fälle solche waren, in denen vorzugsweise das Lymphsystem erkrankt war, wie er überhaupt der Meinung sei, dass man nirgends anders als in diesem Systeme die Ursachen der Skropheln zu suchen habe. Die meisten Fälle kamen während der ersten Kindheit, während der späteren Kindheit und während des Jugendalters vor, wie das überall zu geschehen pflegt. Was die erste Kindheit betrifft, so ergab sich als Ursache der Skrophelsucht vorzugsweise die Gewohnheit, dass die Mütter, obwohl selber nicht reichlich ernährt, ihre Kinder sehr lange Zeit hindurch säugen, vermuthlich in der Absicht, um nicht so schnell wieder schwanger zu werden. Dieses Verfahren, das unter den ärmeren Klassen besonders sehr weit getrieben wird, hat einen sehr nachtheiligen Einfluss, nicht nur auf die Mutter, sondern auch auf das Kind, und wird von Hrn. F. als eine der ersten Ursachen der Skrophelsucht betrachtet. Eine andere Ursache des krankhaften Zustandes des Lymphsystems, der nach Dr. F. das Wesen der Skrophelsucht ausmacht, ist vorzüglich in England und in Amerika, wo sich die englische Medikation Eingang verschafft hat,

anzuklagen, nämlich der rücksichtslose Gebrauch von Kalomel, *Hydrargyrum cum Creta*, die häufige Anwendung drastischer Abführmittel bei kleinen Kindern. Im reiferen Kindesalter ist es die Ueberfüllung der Kinder mit pflanzlichen, schwer verdaulichen Nahrungsstoffen und der Mangel an guter thierischer Nahrung, wodurch, in Verbindung mit schlechter Luft, Mangel an Reinlichkeit und gehörig warmer Bekleidung, die Skrophelsucht vorzugsweise erzeugt wird.

---

4. Ueber den Wiederersatz der durch Noma zerstörten Wange bei einem Kinde.

Im *American Journal of the medical science* vom Oktober finden wir von Dr. Blackman die Beschreibung folgenden Falles: Ein Mädchen, 12 Jahre alt, hat durch eine in Brand ausgegangene Entzündung oder durch eine Noma, welche sich am Ende eines bösartigen, typhösen Fiebers einstellte, eine sehr grosse Portion der Wange verloren. Dabei war vorzüglich eine vollständige Unbeweglichkeit des Unterkiefers vorhanden, während vom Oberkiefer eine Portion sich exfoliirt hatte. Bl. versuchte zuerst die Steifheit des Unterkiefers zu überwinden, welches ihm auch gelang; dann schritt er zur Bildung eines neuen Mundwinkels, was ihm sehr schwierig wurde, da ein Theil der Oberlippe mit zerstört und der Ueberrest derselben verhärtet und unnachgiebig war. Nach Entfernung der Kallositäten schnitt er zuerst in senkrechter Richtung durch die Lippe durch, führte dann den Schnitt quer in gerader Richtung bis zur Nase, dann machte er einen anderen, ebenfalls perpendikulären Schnitt, wodurch es ihm möglich wurde, die Lippe herabzuziehen. Die Ränder beider Lippen wurden dann abgetragen und durch verschiedene Nähte vereinigt. Schon am dritten Tage war die Verwachsung geschehen und die Nadeln konnten entfernt werden. Nun ging Hr. Bl. an die Ausfüllung des Loches in der Wange. Da die nächste Umgebung dieses Loches in Folge der früheren Entzündung fast kallös war, so entschloss er sich, einen Lappen aus weiterer Entfernung zu borgen, und nahm dazu den oberen Theil des Oberarms. Nachdem er hier an der Aussenseite einen Lappen gebildet hatte, der ungefähr um $\frac{1}{3}$ grösser war als das Loch, so wurde er mittelst der umwundenen Naht auf der Wange befestigt, indem der Arm an den Kopf angebunden wurde.

Diese, obwohl dem Kinde beschwerliche Lage wurde doch von ihm mit grosser Beharrlichkeit ertragen, und es wurde jetzt nur der Lappen vom Arme gelöst, weil man doch fürchtete, dass er durchrissen werden könnte. Eine kleine Portion des neuen Lappens hatte wirklich sich schon abgelöst, und nach der Trennung desselben vom Arme wurde er so dunkel und kalt, dass man fürchten musste, die Operation umsonst gemacht zu haben. Durch Erwärmung von aussen wurde der Lappen wieder lebendiger, und unter vielen Schwierigkeiten gelang es endlich, die Oeffnung bis auf eine kleine Fistel zu schliessen, die noch ein Jahr nachher bestand.

---

5. Einige Bemerkungen über den Veitstanz.

Der Veitstanz, bemerkt Hr. Fletcher am Ende eines langen Artikels in der *Medical Times* vom März, kommt in der *Royal Infirmary* zu Manchester, an der er fungirt, sehr häufig vor. Meistens finden sich 7 — 8 Kranke dieser Art zu gleicher Zeit im Hospital, und alle Aerzte haben sich überzeugt, dass sie in keinem anderen Hospitale den Veitstanz so häufig gesehen haben. Möglich, dass das Fabrikleben, welches ganz Manchester einnimmt, die Ursache davon ist. Am häufigsten zeigt sich der Veitstanz bei kleinen Mädchen, welche am Ende der Kindheit sich befinden, also im 10. — 14. Lebensjahre, und hängt mit der beginnenden Entwickelung der Menstruation offenbar zusammen. Die Symptome sind in allen Fällen nur dem Grade nach verschieden, und sind nur bei wenigen Kranken mit einem örtlichen Schmerze begleitet gewesen, und dann und wann ist aber auch ein Fall vorgekommen, wo die Bewegungen der Gliedmassen so sehr denen der *Paralysis agitans* glichen, dass, wären sie bei älteren Personen vorgekommen, man sie für diese Krankheit hätte halten müssen. Bisweilen kam zugleich mit den Krämpfen ein Mangel an Empfindung in den Gliedmassen vor, wodurch die Heftigkeit des Uebels sehr gesteigert wurde; indessen nahm diese Art Lähmung eben so ab, wie die Krämpfe abnahmen. Nur in wenigen Fällen sind die Herztöne normal; meistens ist es nicht der Fall, sondern man hört einen weichen, systolischen Blasebalgton, der gewöhnlich verschwindet, sowie die Genesung sich einstellt. Es scheint demnach nicht ausgemacht, dass dieser Ton, wie Dr. Addison meint, von irgend einem

organischen Herzfehler abhänge, sondern er scheint nur rein funktionell zu sein, nämlich aus der Anämie zu entspringen, und ist demnach denjenigen Herztönen analog, die so häufig bei ausgebildeter Chlorose und anderen anämischen Krankheiten gehört werden. Haben die Kranken vorher an Gelenkrheumatismen gelitten, und bekommen sie nachher schmerzhafte Zuckungen, die denen des Veitstanzes glichen, so ist allerdings ein organisches Herzleiden sehr wahrscheinlich. In manchen, obwohl seltenen Fällen findet sich noch ein besonderes Symptom, nämlich eine Empfindlichkeit beim Druck auf die Wirbelsäule, und es scheint dann der Reizungszustand des Rückenmarks und seiner Hüllen die alleinige Ursache des Veitstanzes zu sein; diese Ansicht wird durch die auffallende Besserung bestätigt, welche das Ansetzen einiger Blutegel auf die empfindlichen Stellen der Wirbelsäule bewirkte. Meistens lässt der Veitstanz eine günstige Prognose zu, obwohl es auch Fälle gegeben hat, wo wirkliche Lähmungen zurückgeblieben waren. Die Behandlung richtet sich in allen Fällen nach dem allgemeinen Typus, den die Kranken darbieten, und nach den Nebenerscheinungen. Fast alle die Veitstanzkranken zeigen den Typus der Chlorose und Anämie, und es ist daher nothwendig, diese im Auge zu behalten, wenn man Mittel anwenden will. Zeigen sich Schmerz und Empfindlichkeit beim Druck auf die Wirbelsäule, so muss man einige Blutegel ansetzen. Ist Appetitlosigkeit vorhanden, eine belegte Zunge und etwas Verstopfung, so muss man milde, jedoch nicht zu schwächende Abführmittel geben. Dann aber muss man tonische Mittel anwenden, und zwar steht hier das Eisen an erster Stelle; in einigen Fällen hatte das Eisen nichts genützt, wogegen sich Zink, Arsenik, Chinin sehr hülfreich erwiesen; besonders aber ist das kalte Schauerbad ein ausgezeichnetes Mittel, das sich besonders dadurch kund giebt, dass im Winter, wo dieses Mittel nicht angewendet werden kann, viel weniger Heilungen und in viel längerer Zeit bewirkt werden, als im Sommer.

---

6. Ueber die Anwendung des Rizinusöls und des Krotonöls in Kinderkrankheiten.

Im *Monthly Journal of medical Science* finden wir von Hrn. Spencer Thomson Bemerkungen über die Anwendung des Rizinusöls und des Krotonöls bei Kindern. Diese Bemerkungen sind nicht ohne

Interesse. Es giebt, sagt er, wenige Fälle von Diarrhoe bei ganz kleinen Kindern, welche nicht durch die blosse Anwendung des Rizinusöls geheilt werden könnten. So ermangelt, sagt er, das Rizinusöl nie des Erfolges in derjenigen Diarrhoe, welche bei schlecht genährten Kindern im ersten Lebensjahre wahrgenommen werden. Diese Ueberzeugung ist durch eine lange Erfahrung und Beobachtung begründet. Wenn also auf anfangs trockene und verschieden gefärbte Darmausleerungen flüssige mit schleimigen Stoffen gemischte, mit Blut gestreifte Stühle folgen, wenn diese Ausleerungen mit Tenesmus, Entzündung des Afters, schmerzhafter Anschwellung des Bauches, Trockenheit der Zunge, Aphthen im Munde, und endlich mit einem fieberhaften Zustande begleitet sind, so giebt der Verf. nichts als Rizinusöl, dann und wann mit irgend etwas Narkotischem verbunden. Er sagt nicht, welche Diät dabei beobachtet werden muss, allein er behauptet, dass kein Mittel einen so schnellen Erfolg hier bewirke als das Rizinusöl; nur muss man, fügt er hinzu, dieses Mittel mit Beharrlichkeit und in gehöriger Dosis geben. Im Allgemeinen pflegt er einem 2 — 4monatlichen Kinde Folgendes zu verordnen:

℞ *Olei Ricini* ℈ iij — iv,
Vitelli Ovi ℈ß,
Aqu. Foeniculi,
Aqu. Anisi āā ℥iij,
MS.

Zweimal täglich einen Kaffelöffel voll. So bereitet wird die Mischung von den Kindern gern genommen; wenn man will, kann man auch 2 — 6 Tropfen Laudanum hinzufügen.

Es giebt auch noch ein Unterleibsleiden bei Kindern, in welchem der Verf. das Rizinusöl ebenfalls für sehr wirksam hält. Er meint nämlich diejenige Diarrhoe, welche sich in der Zeit vom ersten Lebensjahre bis zum neunten einstellt, und welche sich durch wässerige, fast jauchige Ausleerungen charakterisirt. In einem Falle dieser Art, der einen kleinen 3 Jahre alten Knaben betraf, glichen die Ausleerungen schmutzigem Wasser; das Kind hatte binnen 12 Stunden 8 — 10 Stuhlgänge und jedesmal ein heftiges Jucken am After. Der Verf. diagnostizirte eine subakute Entzündung der Darmschleimhaut und verordnete sogleich die eben angegebene Emulsion. Schon nach der ersten Dosis blieben die Ausleerungen 36 Stunden weg und die übrigen Symptome besserten sich. Man gab das Mittel weiter, und das Kind war bald vollständig geheilt.

Noch einen anderen, ebenfalls sehr günstigen Fall für die Wirksamkeit des Rizinusöls in Diarrhöen erzählt der Verf.: Ein kleines, 2 Jahre altes Mädchen, seit 3 Monaten erkrankt, bekam zuletzt Diarrhoe und Erbrechen. Der Durchfall wurde durch verschiedene Mittel momentan aufgehalten, bekam aber seine Hartnäckigkeit wieder, und dauerte so seit 2 Monaten. Das Kind befand sich in einem Zustande, der dem Marasmus sehr nahe war. Der Puls war häufig, die Zunge roth, die Haut trocken, der Schlaf aufgeregt, die häufigen Ausleerungen dünner scharfer Stoffe hatten einen Vorfall des Mastdarms zur Folge.

Der Verf. verordnete bei Milchdiät Folgendes:

℞ *Olei Ricini* ℈x,
Vitelli Ovor.,
Aqu. destillat. āā ℥v,
M. Fiat Emulsio, adde,
Olei Cinnamom. gutt. v,
Trae. Opii gutt. x.
MS. Dreimal täglich einen Kaffeelöffel voll.

Diese Behandlung begann am 7. November und bewirkte eine so schnelle Besserung, dass schon nach 9 Tagen nur eine Ausleerung in 24 Stunden statt hatte und konsistent war. Der Puls war langsamer geworden und die Kranke wurde wohlbeleibt. Man setzte das Mittel nur des Nachts noch fort; während des Tages aber gab man alle 3 Stunden einen Kaffeelöffel voll von folgender Auflösung:

℞ *Ferri tartaric.-ammoniat.* gr. v,
Aqu. fontan. ℥v.
Solve.

Unter dem Einflusse dieser Behandlung nimmt der Appetit zu; der Mastdarm fällt nicht mehr vor bei der normalen Darmausleerung, die Kräfte heben sich. Am 25. wird die Emulsion ausgesetzt und man giebt statt aller Arznei jetzt 2mal täglich 5 Tropfen von der *Tinctura Ferri muriatici*.

Auch bei den Diarrhöen und Dysenterieen Erwachsener hat der Verf. dieses Mittel versucht und ist damit zufrieden, besonders aber bei der Diarrhoe des Typhus mit Symptomen von Darmverschwärung. Es scheint, dass in allen Fällen nicht das Rizinusöl allein, sondern seine Verbindung mit dem Eidotter so wohlthätig gewirkt hat, weil es dadurch seine eigentlich abführende Wirkung verloren hat. Vertagen oder aussetzen muss man die Emulsion, wenn der Magen in einem

reizbaren Zustande sich befindet; man muss dann besonders mit koh-lensäuerlichen Mitteln wirken. —

Zuletzt wirft der Verf. einen Blick auf das Krotonöl, von dem er gefunden haben will, dass es bei Kindern viel weniger wirkt als bei Erwachsenen. Während es bei Erwachsenen bald Ausleerungen hervorruft, muss man bei Kindern oft 2mal so viel geben, ehe es wirkt. Ebenso scheint die äusserliche Anwendung des Krotonöls bei Kindern lange nicht diejenige Wirkung zu haben als bei Erwachsenen.

Was überhaupt die Anwendung der Abführmittel und Brechmittel bei Kindern betrifft, so tadelt der Verf. die zu häufige Anwendung dieser Mittel. Man redet sich ein, dass die Kinder leicht brechen; allerdings brechen sie leicht, aber ihre Schleimhaut ist doch sehr zur Entzündung geneigt, was man bei den vielen Krankheiten, woran die Kinder leiden, erkennen kann. Er ist mehr für Abführmittel, obwohl er auch da Vorsicht angewendet wissen will.

V. *Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.*

A. *Société de Chirurgie* in Paris.

1. Ueber den Mastdarmvorfall bei Kindern und dessen Heilung mittelst der Robert'schen Operation.

Dr. Morel hat einen Aufsatz eingesendet, worüber Hr. Cullerier Bericht abstattet. Es war ein 2 Jahre altes Kind, dessen Mastdarmvorfall durch die Resektion des Sphinkter nach Roberts Methode geheilt worden war. In dem Aufsatze wird gesagt, dass der Vorfall, welcher etwa 10 Centimeter betrug, aus den 3 Darmhäuten gebildet war. Hr. C. ist nicht dieser Ansicht; seiner Meinung nach ist es immer und in allen Fällen von Mastdarmvorfall die Schleimhaut, die vortritt. Er glaubt, dass die Muskelhaut wohl auch Hernie bilden kann, aber nur in sehr geringem Grade. Er ist dafür, dass, ehe man zu einer blutigen Operation schreitet, man erst andere örtliche und allgemeine Mittel, besonders Tonika, versuchen müsse. Er geht dann auf die verschiedenen Operationsmethoden ein, auf die Kauterisation, Resektion, einfache Inzision und Exzision der den After umgebenden

Fällen nach Dupuytren's Methode, und ist der Meinung, dass diese letztere Methode in dem von Hrn. Morel eingereichten Falle wohl auch zum Ziele geführt haben würde. Indem er endlich zu der Betrachtung der Resektion des Sphinkter gelangt, zeigt er die verschiedenen Verhältnisse, in denen sich die Kranke befand, an der Hr. Robert die Operation gemacht hat, und die Umstände, in denen das Kind sich befand, welches der Gegenstand der Mittheilung des Hrn. Morel ist.

Hr. Malgaigne: Er theile nicht die Ansicht des Berichterstatters über die Bildung des Prolapsus; er bewahre noch in Weingeist ein Stück von einem vorgefallenen Mastdarm, welches darthue, dass bisweilen auch alle 3 Häute den Vorfall bilden können. Es war eine Frau, die daran litt; mit dem Mastdarm zugleich war auch der Uterus vorgefallen. Das Bauchfell bildete eine Art Schlinge auf dem Damme, die nach hinten vom Damme, und nach vorn von der Scheide und der Gebärmutter gezogen wurde. — Er müsse übrigens gestehen, dass er kein grosses Vertrauen in die Dupuytren'sche Methode habe; er habe sie im Hospital St. Antoine bei einer Frau angewendet, bei der er später das Glüheisen ansetzen musste, durch welches sie auch geheilt worden.

Hr. Robert: Er müsse dem vorigen Redner darin beistimmen, dass auch er nicht die Schleimhaut allein für die vorgefallene Parthie halte. Gerade beim widernatürlichen After, mit dem Hr. C. den *Prolapsus recti* verglichen hat, bemerkt man eine peristaltische Bewegung, welche das Dasein von Muskelfasern bekundet. Der Hey'schen Methode, welche den After mehr verengert, gebe er den Vorzug vor der Dupuytren'schen, welche oft erfolglos geblieben ist. Er meint auch, dass die nach ihm benannte Methode in dem Morel'schen Falle nicht indizirt gewesen, und Hr. Morel richtiger gehandelt hätte, zuvor erst andere Mittel zu versuchen.

Hr. Guersant hat, wie er sagt, den Vorfall der Schleimhaut allein bei Kindern mehrmals beobachtet; er hat auch sehr grosse Invaginationen gesehen, die man von blossen Vorfällen unterscheiden muss und die sehr schwer zurückzuhalten sind. Er hat zu diesem Zwecke ein eigenthümliches Instrument konstruiren lassen; es ist dieses ein an einem Stiele befestigter metallischer Ring, der dazu dienen soll, den Darm zurückzuschieben und zurückzuhalten, ohne dass er eine Quetschung erleidet.

Es werden gegen dieses Instrument von mehreren Mitgliedern Einwendungen erhoben, die Hr. Guersant zu widerlegen sucht, indem

er sich auf seine Versuche an Leichen beruft; an Lebenden habe er das Instrument nicht versucht, werde aber die Gesellschaft sogleich mit Mittheilungen versehen, sobald er Resultate an ihnen erlangt hat. Das Dupuytren'sche Verfahren habe auch ihn im Stiche gelassen, jedoch habe er mit einigem Erfolge das Glüheisen angewendet.

Hr. Michon glaubt auch, dass Hr. Morel, bevor er zu einer blutigen Operation schritt, erst hätte andere Heilmethoden versuchen müssen; er befürchte, dass Hr. Morel mehr gethan, als indizirt gewesen, da in der Mittheilung gesagt ist, dass einige Zeit nach der Operation die Afteröffnung so enge gewesen, dass man kaum den kleinen Finger einbringen konnte.

Hr. Chassaignac hat einen Fall gesehen, in welchem die Bauchfellfalte sich gewissermaassen in den Darm hineinsenkte, so dass, indem er vorfiel, auch das Bauchfell mit einem Zipfel mit vortrat. Hätte man hier eine Ligatur oder eine Resektion gemacht, so würde man das Bauchfell verletzt haben. Bisweilen habe auch er die Resektion sehr schwierig gefunden, und er glaube, dass Hrn. Guersant's Instrument sehr nützlich sein könne.

Hr. Cullerier sagt: Er könne durch alles das, was ihm entgegnet worden, sich nicht von seiner Ansicht abbringen lassen. „Mag sein, m. HH.," sagt er, „mag sein, dass es Fälle giebt, in denen der Mastdarm mit allen seinen Häuten vortritt; aber das sind Ausnahmen, die Regel ist es nicht. Die Regel ist, dass nur die Schleimhaut vorfällt, wovon man sich indessen sehr bald (?) überzeugen kann."

Hr. Huguier hat im Hôpital St. Louis einen Fall gesehen, wo der Darm fast einen Fuss lang hervorgetreten war; Richerand hat viele und vergebliche Anstrengungen gemacht, den Darm zurückzubringen; bei diesen Versuchen wurde die Schleimhaut zerrissen, eine starke Blutung folgte und man unterliess nun alle Versuche. Einige Stunden später aber wurde es Hrn. Huguier, der seine Finger eingefettet hatte, leicht, den Darm vollständig zurückzubringen. Um Reduktion zu bewirken, muss man immer am oberen Theile beginnen; es ist damit wie bei der Reduktion einer Hernie, bei der man auch die zuletzt hervorgekommenen Parthieen zuerst zurückbringen muss.

Die Sitzung wird aufgehoben und in der nächstfolgenden der Gegenstand von Neuem zur Erörterung gebracht.

Hr. Nelaton zeigt an, dass er über die anatomische Beschaffenheit der beim Mastdarmprolapsus vorgefallenen Parthie Untersuchungen vorgenommen und gefunden, dass es zwei verschiedene Arten giebt,

eine, wo der Darm in seiner ganzen Dicke mit allen seinen Häuten vorgefallen, und eine, wo nur die Schleimhaut vorfällt. Die erstere Art findet bei Kindern statt; sie ist ihnen eigenthümlich; man findet sie besonders bei Kindern, die lange Zeit an Diarrhoe gelitten haben und bei der Darmausleerung stets sehr zu drängen gezwungen waren. Schon vor einigen Jahren habe er der anatomischen Gesellschaft zu Paris 2 Präparate gezeigt, welche beweisen, dass alle 3 Häute vorgefallen waren. Die zweite Art, nämlich der Vorfall der Schleimhaut allein, findet nur bei Erwachsenen statt, besonders bei den an Hämorrhoiden leidenden. Dann ist die Krankheit langsam, stufenweise entstanden und man erkennt sogleich, dass es nur die Schleimhaut ist, die vorfällt.

Wir übergehen die wenig interessanten Bemerkungen einiger anderen Mitglieder über diesen Gegenstand.

---

2. Maulbeersteine bei Kindern, deren Symptome und Entfernung.

Hr. Deguise hat vor 3 Wochen der Gesellschaft einen Maulbeerstein (*Calcul mural*, Oxalatstein, Stein aus oxalsaurem Kalke bestehend) vorgezeigt, welchen er aus der Blase eines Kindes extrahirt hat. Der Fall hatte das Eigenthümliche, dass Zeichen eines Steinleidens nicht eher, als einige Tage vor der Operation eintraten. Vor einigen Tagen hatte er einen eben solchen Stein, wo auch vorher wenige Schmerzen waren. — Es erhebt sich eine Diskussion, wobei erwähnt wird, dass der sogenannte Maulbeerstein oder der aus oxalsaurem Kalke bestehende Stein im kindlichen Alter weit häufiger ist als bei Erwachsenen, und dass er von allen Blasensteinen offenbar derjenige ist, der am wenigsten reizend auf die Blasenwände wirkt.

---

3. Operation der Hasenscharte gleich nach der Geburt.

Hr. Danyau zeigte ein kleines Mädchen vor, an dem er gleich nach der Geburt die Hasenscharte operirt hat. Das Kind war in der Nacht vom 10. — 11. November in der Maternité geboren. Es hatte links in der Oberlippe eine Spalte, die sich nicht bis zur Nase erstreckte,

sondern etwa 2 — 3 Millimeter vom Nasenloche aufhörte. Die Operation wurde 35 — 36 Stunden nach der Geburt gemacht; Hr. D. beschnitt die Spaltränder einfach mit der Scheere, setzte 3 Nadeln an, machte die umwundene Naht, legte aber keinen Verband an. Gleich nach der Operation nahm das Kind die Brust und saugt seitdem vortrefflich. Etwa 24 Stunden nach der Operation entfernt Hr. D. die Fäden, nachdem er sie vorher mit Milch aufgeweicht, legt aber neue um die Nadeln. Am nächstfolgenden Tage wechselt Hr. D. die Fäden abermals. Am dritten Tage oder 70 Stunden nach der Operation entfernt er die 2 obern Nadeln, legt auf die Lippe ein kleines Pflaster an, nimmt die unterste Nadel erst 22 Stunden später heraus. Nach 4 Tagen ist die Verwachsung vollständig und man bemerkt auch, dass eine Gaumenspalte vorhanden gewesen, die ebenfalls grösstentheils sich vereinigt hat.

B. *Royal Medical and Chirurgical Society* in London.

1. Ueber die angeborene, auf Offenstehen des eirunden Loches beruhende Blausucht und die Möglichkeit einer längeren Lebensdauer bei derselben.

Hr. R. J. Spitta, Assistenzarzt im Georgshospitale, sendet einen Bericht über folgenden Fall ein: Die Kranke war eine 40 Jahre alte Dame, von kleiner Statur, mit sogenannter Hühnerbrust, aber sonst ohne positive Deformität. Sie hatte seit ihrer Geburt die Blausucht, welche sich durch blaue Farbe der Wangen, der Lippe und der Zunge kundgab. Die Thätigkeit des Herzens soll regelmässig gewesen sein, wenn die Frau sich in Ruhe befand, jedoch in tumultuarischer Bewegung bei der geringsten Anstrengung und dann begleitet mit Dyspnoe. Sie litt auch viel an Kälte. Im März 1845 wurde sie plötzlich von Dyspnoe und einer Art Ohnmacht befallen, welche mit Krämpfen begleitet war und einen heftigen Schmerz im Epigastrium, in den Lenden und den beiden Seiten zur Folge hatte. Dieser Zustand dauerte 24 Stunden und dann starb sie. Zu bemerken ist, dass die Kranke schon mehrmals auf ähnliche Weise gelitten hatte; ja einmal hatte sie bereits ein sehr verbreitetes Oedem gehabt. Der Verf. des Artikels hat übrigens die Kranke nur zufällig gesehen und war nicht in den Stand gesetzt, die Brust der Kranken zu untersuchen. — Die Leichen-

untersuchung ergab Folgendes: Das Herz war schwer und derb und etwas vergrössert. Die Hypertrophie bezog sich besonders auf die rechte Herzhälfte, die rechte Herzhöhle war eben so gross wie die linke und der rechte Vorhof 3mal so gross als der linke. Das eirunde Loch stand offen; die Oeffnung hatte etwa 4 Linien im Durchmessen. Die Klappen zwischen Kammer und Vorkammer waren verdickt, aber beweglich; die Aortenklappen gesund. Ueber den halbmondförmigen Klappen der Lungenarterien bemerkte man eine querliegende ungewöhnliche Haut, die 1 Linie dick und in der Mitte durchbohrt war, aber nicht durch ein kreisrundes Loch, sondern durch eine blosse Spalte, mit gerötheten Rändern und mit kleinen Blutfasern besetzt. Die 3 halbmondförmigen Klappen waren wie gewöhnlich während der Systole des Herzens nach oben gezogen, hier aber in dieser Stellung durch Adhäsion ihrer Ränder an die abnorme Haut befestigt. —

Der Autor schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Aus der Gegenwart der Blausucht gleich nach der Geburt und dem Fehlen von Rheumatismen während des Lebens ist zu schliessen, dass die ungewöhnliche Membran eine angeborene Missbildung ist.

2. Die Hypertrophie der rechten Herzhälfte ist eine Folge der Verstopfung der Lungenarterie.

3. Da sowohl eine verstopfte Lungenarterie als ein Offenstehen des eirunden Loches ohne Blausucht bestehen kann, so ist die Blausucht in diesem Falle das Resultat beider Störungen zusammengenommen.

4. Der Umlauf des unvollkommen oxygenirten Blutes hat keine Funktion so sehr wie die Entwickelung der thierischen Wärme beeinträchtigt.

Dr. Gregory bemerkt darauf, er könne sich keines Falles entsinnen, in dem die Blausucht seit 40 Jahren bestanden habe, und wolle die Gegenwärtigen fragen, ob ihnen etwas der Art bekannt sei, wobei das Leben so lange habe bestehen können. —

Dr. Mayo erzählt hierauf einen Fall, von dem er wohl glaube, dass er Blausucht genannt werden könne; die Kranke war eine Frau, 50 Jahre alt, und in sein Hospital wegen Bronchitis aufgenommen. Die Blausucht bestand nur 48 Stunden vor dem Tode. Die Frau hatte sich schon von den Wirkungen der Bronchitis erholt, als im Saale eine Kranke starb, wodurch sie so in Unruhe versetzt ward, dass sie gleich blau wurde. Bei der Untersuchung der Leiche fand

man ein bedeutendes Offenstehen des eirunden Loches, keineswegs einen Riss, sondern ein rundes Loch mit glatten Rändern, von dem es schien, dass es angeboren war. Das plötzliche Eintreten der Blausucht in diesem Falle mag zu dem Glauben führen, dass die Oeffnung wenigstens durch eine Spalte vergrössert worden, aber das ist, wie das Präparat zeigt, keineswegs der Fall. —

Hr. Toynbee sagt: dass er vor einigen Jahren eine besondere Gelegenheit gehabt habe, viele Fälle zu untersuchen, in denen die Scheidewand zwischen den Vorkammern unvollkommen war. Um die Zeit nämlich schrieb er eine kurze Notiz über den Gegenstand, in welcher er alle Fälle in 3 Klassen brachte. Die erste Klasse begriff diejenigen, wo die Oeffnung mit einer Art Klappe versehen war und am Rande oder in der Nähe der eirunden Grube sich befand. Die zweite Klasse umfasste diejenigen, wo das Loch nicht mit einer Klappe versehen war, in der Mitte der eirunden Grube sich befand und sehr verdünnte Ränder hatte. Die dritte Klasse endlich begriff diejenigen Fälle, wo das Loch nicht mit Klappen versehen war, ungefähr in der Mitte der eirunden Grube sich befand und verdickte und etwas rauhe Ränder hatte. Die erste Klasse hielt Hr. T. für angeboren; diese Klasse ist bei weitem die häufigste und wird gewöhnlich Offenstehen des *Foramen ovale* genannt. Dagegen hielt er die zweite und dritte Klasse nicht für angeboren, sondern war der Ansicht, dass sie während des Lebens entständen und oft die Folge einer allmäligen Atrophie der Scheidewand zwischen den Vorkammern, oft aber auch umgekehrt die Folge einer Entzündung der Scheidewand und der Verschwärung derselben sei. Hr. T. fügt hinzu, dass erst zu fragen sei, zu welcher der 3 Klassen der hier vorgetragene Fall gehören möge. Möglich ist wohl, dass der Tod die Folge einer plötzlichen Berstung der Scheidewand sei; denn es ist wohl bekannt, dass zwischen den beiden Vorkammern ein Uebergang von ziemlicher Grösse bestehen kann, ohne dass sich dieses während des Lebens bemerkbar macht; aber er müsse daran erinnern, dass in allen solchen Fällen der Uebergang nur allmälig stattfinde, und wenn er nicht missverstanden habe, so sei in dem erzählten Falle doch der Tod plötzlich eingetreten. —

Dr. Cursham bemerkt, dass ein theilweises Offenstehen des *Foramen ovale* in mehreren Fällen von Schwindsucht vorhanden sei. Abernethy hat dieses in den *Philosophical Transactions* nachgewiesen und hat es dadurch zu erklären gesucht, dass die Natur sich bemühe, den Lungen zu Hülfe zu kommen, indem sie bewirke, dass

das Blut von einer Herzhälfte in die andere übergehe, ohne die Lungen durchlaufen zu müssen. In solchen Fällen sei aber Blausucht nicht vorhanden. —

Hr. Prescott Hewett bemerkte, dass eine genaue Untersuchung der Spitta'schen Präparats ergeben werde, dass die Oeffnung zwischen den beiden Vorhöfen eine Valvularöffnung sei. In Bezug auf die von Hrn. Toynbee angegebenen Klassen bemerke er, dass sich in dem Museum des Georg-Hospitals das Herz eines 34 Jahre alten Mannes befindet, in welchem ein direkter Uebergang zwischen den beiden Vorkammern vorhanden ist; die Ränder dieser Oeffnung sind glatt, rund und dicker als in anderen Theilen der Scheidewand; das Herz selber war durch Erweiterung aller seiner Höhlen mit Hypertrophie der Wandungen sehr vergrössert; die beiden Blätter des Herzbeutels waren mit einander verwachsen, und doch hatte der Mann während des ganzen Lebens keine Blausucht. —

Nach einiger Erörterung zwischen einigen Mitgliedern kam man so ziemlich auf die Ansicht, dass eine allmälig sich bildende Oeffnung in der Scheidewand zwischen den Vorkammern nicht mit Blausucht verbunden sei, während eine plötzlich sich bildende oder von Geburt an gleich in bedeutender Grösse vorhandene Oeffnung meistens Blausucht zur Folge habe.

---

2. Ueber eine eigenthümliche Doppelmissgeburt, welche vor Kurzem in London zu sehen war, mitgetheilt von William Acton.

Diese Missgeburt ist jetzt 6 Monate alt, in Portugal zur Welt gekommen und nach London gebracht worden, um sie für Geld zu zeigen. Weder die Eltern, noch Bruder und Schwester zeigen irgend etwas Abnormes an ihrem Körper. Das für Geld gezeigte Kind ist in seinen oberen und unteren Gliedmaassen wohl proportionirt, lebhaft und gut aussehend. Die Missbildung beschränkt sich auf die Theile unterhalb des Nabels. Rechts und links von der Mittellinie sieht man ein männliches Glied; beide Penes sind so gross wie der Penis eines Kindes von 6 Monaten zu sein pflegt. Wenn das Kind pisste, so liess es den Urin aus beiden Penes zugleich; jeder Penis ist mit einem Hodensacke versehen; in der äusseren Hälfte jedes Hodensacks befindet sich ein Hode; die innere Hälfte jedes Hodensacks ist weit von seiner äusseren entfernt, und beide innere Hälften zusammen erscheinen

wie ein dritter Hodensack zwischen den beiden Penes. Zwischen und hinter den Beinen des Kindes sieht man ein drittes Glied oder vielmehr 2 andere Beine in ihrer ganzen Länge zusammengewachsen. Der obere Theil dieses zusammengewachsenen Gliedes sitzt mittelst eines kurzen Stiels an den Aesten des Schambeines an. Dicht über dem Stiele und diesen verbergend hat das zusammengesetzte Glied den Umfang der beiden Oberschenkel zusammen. Das Bein ist verhältnissmässig klein, besonders der Unterschenkel, und endigt in einen Doppelfuss mit einer nach aussen gekehrten Sohle und mit 10 Zehen, von denen die äussersten 2 verschmolzen waren. Der After befindet sich an seiner gewöhnlichen Stelle. Von hinten gesehen zeigt das zusammengesetzte Glied eine Rundung und eine Fülle wie die Hinterbacken eines jungen Kindes, und man bemerkt daran eine geringe Vertiefung für den After. Uebrigens ist das zusammengesetzte Glied bewegungslos; die obere Portion scheint mit Empfindung versehen zu sein. —

Hr. A. bemerkt, dass er die meisten Werke über Missgeburten nachgeschlagen, dass er aber nirgends einen ähnlichen Fall gefunden habe, wo zugleich 2 Penes an einem und demselben Körper befindlich waren. Er glaubt, dass in diesem Falle die beiden Penes keineswegez als eine Spaltung eines Organes zu denken seien; die Entfernung, in welcher beide von einander stehen, und das Vorhandensein zweier Kanäle, aus denen der Urin zu gleicher Zeit ausfliesst, sprechen gegen diese letztere Ansicht.

Was die Frage betrifft, ob das überzählige Glied entfernt werden könne, so sprechen alle Umstände zu Gunsten der Operation. Die Gesundheit des Kindes, die Engigkeit des Stiels, wodurch der Parasit am Autositen ansitzt und vermuthlich kein richtiges Organ enthält, besonders aber die geringe Vitalität des Gliedes, wie die Geschichte solcher Monstruositäten lehrt, dass bei einem Stoss oder bei irgend einer mechanischen Gewaltwirkung der Autosit eine kräftige Reaction zeigt, während der Parasit schnell abstirbt, — alles dieses lässt eine Operation viel versprechen. Angenommen aber, es werde bei diesem Kinde die Operation gemacht, und angenommen, sie gelinge, so ist das Kind darum noch nicht besser daran, denn es hat noch die übrige Missbildung, die nicht operirt werden kann. Für eine Operation würde auch sprechen, dass das Kind wegen zu grosser Schwäche das überzählige Paar Beine nicht werde ernähren und erhalten können.

Das Kind wurde hierauf der Gesellschaft vorgezeigt.

Dr. Babington bemerkt, dass diese Frage, ob das Glied

amputirt werden soll, die einzige ist, welche eine Diskussion zulässt. Er seinerseits wäre nicht für die Operation. —

Hr. Lloyd sagt, er könne auch nicht darein stimmen, das überzählige Glied zu entfernen, wenn er bedenkt, dass ein Blutverlust, welchen das Kind erleiden müsste, dasselbe doch vollkommen erschöpfen würde, zumal da man nicht wissen könne, wie viel Gefässe durchschnitten werden müssten. Schon die Entfernung eines Muttermaales habe bisweilen eine Blutung veranlasst, wodurch bei Kindern der Tod herbeigeführt worden, zumal dieses Kind hier sehr schwächlich sei und auch selbst noch, wenn man die Operation verschiebe, schwächlich bleiben würde. —

Hr. Acton bedauerte, dass der vorige Redner keine bessere Ansicht von dem Kinde habe; allein alle Uebrigen, die gegenwärtig sind, werden sich wohl überzeugt haben, dass die Operation, wenn auch mit Schwierigkeiten verknüpft, doch ausführbar sei. Er gebe noch einmal zu bedenken, dass, wenn man den Parasiten nicht entferne, der Autosit in grosse Gefahr gerathe, indem er kaum im Stande sein werde, jenen zu ernähren, zumal da das überzählige Glied auf einer so niederen Stufe der Vitalität steht, dass es fast dem Absterben nahe ist. Er müsse dabei bleiben, dass eine Operation nicht nur möglich, sondern nothwendig sei, und dass sie sogar nicht einmal grosse Gefahr haben würde.

VI. Miszellen und Notizen.

Essigsaures Blei, gegen die Diarrhoe bei Kindern, hat Dr. Golding Bird in einem Falle versucht. Es war ein 10 Jahre alter Knabe, der von einem Nervenfieber mit adynamischem Charakter befallen wurde; 2 seiner Brüder waren an derselben Krankheit bereits gestorben. Der Knabe wurde nach Guy's-Hospital gebracht und zeigte bald eine sehr übele Diarrhoe, welche alle Zeichen einer Ulzeration im Dünndarme an sich trug. Das Kind war in einem sehr deprimirten Zustande, hatte Petechien auf der Haut und Aphthen im Munde. Opiatklystiere, Adstringentien, heisse Fomente auf den Bauch, und alle anderen schulgerechten Mittel halfen nichts. Deshalb entschloss sich Hr. B. nach Empfehlung einiger Aerzte in Dublin das essigsaure Blei anzuwenden. Nach jedem Durchfalle bekam das Kind 2 Gran dieses

Mittels in einem einfachen Schleime mit Syrup. Schon nach der vierten Dosis hörte die Diarrhoe auf und es bildete sich ein fester Koth. Später trat ein Rückfall ein, der aber durch 2 Dosen des Mittels aufgehalten wurde. Das Kind hatte nun Zeit und Ruhe sich zu erholen, und genas.

Ein sonderbares Muttermaal, eine Strangulationsmarke simulirend, bemerkte Hr. **Harvey** am Halse eines neugebornen Kindes. Das Muttermaal hatte ein solches Ansehen, dass, wenn er zufällig zu einem todten Kinde mit solchem Maale hinzugerufen worden wäre, er keinen Anstand genommen hätte, es für strangulirt zu erklären.

Hydrocephalus chronicus **geheilt durch Bestreichen des Kopfes mit Jodtinktur.** Hr. Ray in Sheffield berichtet in dem *Provincial medical Journal*, dass er 2 Fälle von Hydrokephalus dadurch geheilt hat, dass er den Kopf vollkommen kahl rasiren und ihn dann mit unverdünnter Jodtinktur bestreichen liess.

Suppositorien gegen *Ascaris lumbricoides* bei Kindern, denen Wurmmittel schwer beizubringen sind. Es sind dieses die alten von **Swediaur** empfohlenen Suppositorien, die in neuerer Zeit wieder in Gebrauch gezogen worden sind. Sie werden auf folgende Weise gebildet: Gepulverte Aloe 4 Drachmen, Kochsalz 3 Drachmen, Mehl 2 Drachmen, mit soviel Honig zusammengemischt, dass ein fester Teig daraus wird, aus dem man kegelförmige Zäpfchen bildet, von denen eins in den Mastdarm geschoben, und so lange wie möglich darin erhalten oder mit einem neuen vertauscht wird.

VII. Bibliographie.

***Adet de Rosseville**, Conseils aux mères de famille.* Paris, 8, 1846. Eine kurze populäre Beschreibung der Symptome der wichtigsten Kinderkrankheiten, wie der Koliken, Konvulsionen, des Keuchhustens, Krups u. s. w., mit einer Reihe von Rezeptformeln für Laien.

Jeden Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VI.] BERLIN, JUNI 1846. [HEFT 6.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Einige Reflexionen über Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten, von Dr. J.... in M.

Sunt multa in praxi, quae nec dici nec scribi possunt.

Wer kleine Kinder behandeln will, muss sie erstens kennen. Obschon das sehr kleinlich lautet, so liegt doch für den Arzt eine Wahrheit darin. Zweitens aber muss er auch einen Beruf dazu in seiner Brust verspüren; ich sage absichtlich: in seiner Brust, denn es gehört Gemüth dazu. Wenn man sagt, das Gemüth läge im Kopf, so widerspricht dem Niemand, geschweige der Arzt; ich habe damit nur sagen wollen, dass dem Kinderarzt vorzüglich Liebe, Gemüthlichkeit und Zuneigung für die kleinen Kranken zieme, und ihm in etwaniger Ermangelung der Beruf zur Kinderpraxis abgehe. Zum Troste sei aber angeführt, dass man auch nur schwachem Beruf und schwachem Talent aufhilft durch anhaltendes Mühen und Fördern; denn man sagt mit Recht, das Talent ergiebt sich nur Solchen, die Etwas nachhaltig wollen. Drittens wird eine Gewandtheit und Geschicklichkeit erfordert, die sich aber nur allmälig aneignen und erwerben lassen.

Es lässt sich nun folgendes Schema resumiren:

1. Erkennen der Kinder und ihrer Krankheiten.
2. Gemüth und Neigung für das Erkannte.
3. Fähigkeit.

Welche Methode ist nun ad 1. zu befolgen? Es kann natürlich nicht in meiner Absicht liegen, gleichsam nach einem Lehrbuche hier etwas Ausführliches zu schreiben, sondern ich wollte nur in einigen Strichen und Zügen andeuten. Dem Kinderarzte wäre also vorab das Wichtigste: ein Erfassen sowohl des Soma als auch der Psyche des gesunden wie des kranken Kindes. Der kindliche Organismus ist das

Objekt des Erkennens, worin das Subjekt, die Psyche, wohnt, beide für den Arzt wichtig, und die Basen für die Diagnose und Therapie. Die Wege für das Erforschen des Objekts und Subjekts bleiben der Individualität und dem Geschicke des Arztes überlassen.

ad 2. Sind nun Gemüth und Neigung für Therapie der Kinderkrankheiten Folgen des Erkennens des kindlichen Organismus, kranken wie gesunden, so dürfte man sagen, dass, wenn überhaupt in dem Arzte ein Aeskulaps-Keim gepflanzt ist, derselbe sich zu einer Blüthe und Frucht entfalten kann, wenn er

ad 3. durch Anstrengung und Opfer allmälig zu einem tüchtigen Kinderarzte sich befähigt.

Wie gelangt nun der Arzt zur Diagnose? Tritt er an das Bett eines kranken Kindes, so sollte zunächst sein Auge eine Zeit lang mit Ruhe, Ernst und Besonnenheit an dem Gegenstande haften, für den man seine Hülfe in Anspruch genommen. Ein solches Auftreten und Erscheinen des Arztes erweckt das Erste und Nothwendigste, ich meine das Zutrauen. Ohne dieses verlasse der Arzt schnell wieder das Haus, es sei denn, dass man ihn zu einem plötzlichen Unglücke gerufen, wo dann ja die Hülfe eines Jeden willkommen ist.

Der Arzt beginnt nun das Examen. Während er die Mutter oder den Vater fragt, forscht er auch deren Individualität aus; und macht er es ebenso mit der übrigen Umgebung, so handelt er klug. Erfährt er etwas, oder erfährt er auch nichts (und das möchte wohl nur selten sich ereignen), so schickt er sich nun allmälig an, den kleinen Kranken zu diagnostiziren. Trifft er ihn schlafend, so benutze er dieses zum genauen Ansehen und zum Fühlen des Pulses. Hiermit hat man in manchen Fällen genug, und die meisten einigermaassen erfahrenen Kinderärzte schreiben getrost ihr Rezipe. Zum Beispiel: Der Arzt wird zu einem 8monatlichen Kinde gerufen. Das Kind hat die ganze Nacht geschrieen und ist so eben in einen ruhigen Schlaf verfallen. Woher nun soll er seine Diagnose nehmen, ohne das Kind zu wecken? Könnte er durch seinen Geruch einen säuerlichen Athem wahrnehmen, und erführe von der Mutter, das das Kind während des Schreiens beständig die Beine an den Leib herangezogen, so würde, wenn Qualität des Pulses, der Respiration und das Aussehen des Kindes es übrigens zuliessen, *Pulv. pro infant.* mit *Aq. Foenicul.* und *Syr. Rhei* zu verordnen, dem Arzte keine Unehre machen, wohl aber, wenn er aus grosser Aengstlichkeit das Kind aus seinem erquickenden und heilenden Schlummer weckte, da es sehr schwer ist, mit den Sinnen in

das innere, sogar zerstörte Getriebe der kindlichen Natur zu blicken. Also ein Keim Aeskulap-Gemüth muss nothwendig vorhanden sein, sonst hilft alles Pflegen und Heranbilden nichts; ist dies aber vorhanden, so gelingt es in der Regel der Natur, Wissenschaft und Kunst, um mich kurz auszudrücken, einen Kinderarzt zu bilden. Derselbe gehe nun getrost weiter, und erschrecke nicht, wenn er ein angehender Kinderarzt ist, vor dem *Experientia est optima magistrix*. Seine Therapie sei nur möglichst einfach. Er beherzige nur immer folgende drei Sprüche:

Erstens: *non nocuisse.* Zweitens: *medicus curat, natura sanat morbos.* Drittens: *simplex est veri sigillum.*

Freilich ereignen sich in der Praxis Fälle genug, in denen nicht allein eine komplizirte und schleunige, sondern auch sogar eine nachdrückliche und eingreifende Kur Noth thut; doch darf auch dann der junge Kinderarzt nicht ablassen von den obigen drei Sprüchen, die ihn beständig leiten müssen. Unter dem Schutze der drei genannten, gleichsam Genien beginne er nur ruhig seine ärztliche Laufbahn. Die Erfahrung lässt sich nur in der Zeit erwerben; doch ist ja eben für den beginnenden Kinderarzt das Tröstende dabei, dass die ältesten und erfahrensten Kinderärzte oder die Aerzte überhaupt den Totaleindruck von allen ihren Erfahrungen oft und wiederholt, vom Hippokrates, dem Urvater an, in jenen obigen Sprüchen niedergelegt haben, wie die Geschichte der Medizin lehrt. Besitzt der Arzt aber nicht so viel Philosophie, unsere Geschichte zu respektiren, so macht es sich schon von selbst, dass er nie ein Arzt wird und also auch keine Kranken kurirt, wenigstens nicht auf lange Zeit. Das ist eben das Schöne und darum heisst die Medizin Arzneikunst und Arzneiwissenschaft, und es will nicht allein die *Ars medicinae*, sondern auch die *Scientia medicinae* studirt und erlernt sein, um Arzt zu sein.

Vorschlag zu einer neuen Eintheilung der Kinderkrankheiten bei Bearbeitung von Handbüchern über Kinderkrankheiten, von Dr. A. Schnitzer, Arzt der Kinderheil-Anstalt zu Berlin.

Es dürfte schwerlich in Abrede zu stellen sein, dass die gegenwärtig allgemein gebräuchliche Eintheilung der Kinderkrankheiten in den betreffenden Lehr- und Handbüchern (nach den Altersperioden), an mancherlei Mängeln leidet, abgesehen davon, dass sie durchaus nicht naturgemäss ist. Indessen muss man auch andererseits die Schwierigkeit anerkennen, die sich jedem anderen Eintheilungsprinzip entgegenstellt; das naturhistorische System ist durchaus unanwendbar, weil die Eintheilung, aus dem Gesammtsystem herausgerissen, kein für sich bestehendes Ganze bilden würde, auch viel zu komplizirt ist. Wir wollen z. B. die Meningitis als Beispiel aufführen, sie gehört in die zweite Klasse, zweite Familie, zweite Gruppe, erste Gattung, zweite Spezies. Man ist einmal daran gewöhnt, die Kinderkrankheiten als ein für sich bestehendes Feld unserer Wissenschaft zu betrachten, und gewiss nicht ganz mit Unrecht, es ist daher auch erforderlich, sie als ein Ganzes dargestellt zu sehen. Ich habe mich in meinem „Handbuche der Kinderkrankheiten" ebenfalls des in Deutschland allgemein gebräuchlichen Eintheilungsprinzips, nach den Altersperioden, bedient, denke aber, dass nachstehende Eintheilung sich in Zukunft an die Stelle der früheren setzen lassen wird, wiewohl ich mir nicht verhehle, dass sie so mancher Modifikationen fähig ist.

Einleitung. — Eine solche ist durchaus erforderlich und muss die Diätetik und die allgemeine Pathologie und Therapie enthalten.

I. Krankheiten als Folge von Krankheitsprozessen des Foetus. (Angeborene Krankheiten.)

1) Hasenscharte.
2) Gespaltenes Rückgrath.
3) Eingeweide-Brüche.
4) Herabsteigen des Testikels.
5) Verwachsung der Augenlider.
6) Verschliessung der Lippen.
7) Verschliessung des Gehörgangs.
8) Fehlerhafte Bildung an der Zunge.
9) Fehlerhafte Bildung der Geschlechtstheile.
10) Verschliessung des Afters.
11) Fehlerhafte Bildung der Extremitäten.
12) Blaue Krankheit.
13) Muttermaal.

II. Krankheiten als Folge des Geburtsaktes und der damiverbundenen Veränderungen. (Erworbene Krankheiten.)

1) der Scheintod.
2) Atelektasis der Lungen.
3) Kopfgeschwulst.
4) Kopfblutgeschwulst.
5) Gelbsucht.
6) Anschwellung und Verhärtung der Brüste.
7) Physiologisches und pathologisches Verhalten des Nabels.

III. Krankheiten, welche sich später entwickeln:

A. Krankheiten der Verdauungswerkzeuge.

1. Krankheiten der Verdauungswerkzeuge im Allgemeinen.
2. Gastrische Krankheiten im Speziellen.

1) Leibschmerz und Kolik.
2) Flatulenz.
3) Durchfall.
4) Brechdurchfall.
5) Leibesverstopfung.
6) Erbrechen.
7) Blutbrechen und Meläna.
8) Magenerweichung.
9) Auszehrung und Darrsucht.

B. Entzündungen.

A. Aeussere Entzündungen.

1) Die Rose der Neugeborenen.
2) Verhärtung des Zellgewebes.
3) Die Augenlider- und Augenentzündung der Neugeboren.

B. Innere Entzündungen.

a) Von den inneren Entzündungen im Allgemeinen.
b) Von den inneren Entzündungen im Speziellen.

1. Entzündungen am Kopfe.

1) *Hydrocephalus acutus.*
2) *Hydrocephalus chronicus internus.*
3) *Hydrocephalus chronicus externus.*
4) *Otitis infantum.*

Anhang.

1) Venöse Turgeszenz des Kopfes.
2) Hydrokephaloid.

2. Entzündungen am Halse.

1) *Angina serosa faucium.*
2) — *tonsillaris.*
3) — *exsudativa.*
4) — *laryngea oedematosa.*
5) *Gangraena pharyngis.*
6) Krup.
7) Pseudokrup.
8) *Parotitis.*

3. Brustentzündungen.

1) *Bronchitis.*
2) *Pneumonia.*
3) *Pneumonia lobularis inf.*
4) *Bronchiopneumonia.*
5) *Pleuritis.*
6) *Pleuropneumonia.*

4. Entzündungen in der Bauchhöhle.

1) *Peritonitis.* 2) *Enteritis.* 3) *Hepatitis.*

5. Entzündnng des Rückenmarks und seiner Häute.

C. Krankheiten der Harnwerkzeuge.

1) Harnlosigkeit.
2) Harnverhaltung.
3) Harnstrenge.
4) Der beständige Harnabgang.
5) Urodialysis.
6) Harngries und Harnsteine.

D. Krampfhafte Krankheitsformen.

1) Die Mundklemme der Neugeborenen.
2) Die inneren Krämpfe.
3) Die Eklampsie der Kinder.
4) Der Starrkrampf.
5) *Asthma Millari.*
6) *Asthma thymicum.*
7) *Tussis convulsiva.*
8) *Chorea Sti. Viti.*

E. Krankheiten mit vorherrschendem Leiden der Reproduktion.

1) Ueber Skropheln im Allgemeinen.
2) Ueber Skropheln im Speziellen.
3) Rhachitis.
4) Verkrümmungen des Körpers.
5) Freiwilliges Hinken.
6) Stomakake.
7) Noma.
8) Eingeweidewürmer.

Anhang.

Ueber das Zahnen der Kinder.

F. Hautkrankheiten.

A. Chronische Hautkrankheiten.

1) Das Wundsein.
2) Die Mitesser.
3) Die Schälbläschen.
4) Der Gries.
5) Der Milchschorf.
6) Die Hitzblätterchen.
7) Das Nässen hinter den Ohren.
8) Die Pusteln.
9) Die Aphthen.
10) Der Soor.

B. Akute Exantheme.

1) Die wahren Pocken.
2) Die Kuhpocken.
3) Die modifizirten Pocken.
4) Die falschen Pocken.
5) Die Masern.
6) Der rothe und weisse Friesel.
7) Die Rötheln.
8) Das Scharlach.

G. Dyskrasieen.

1) Syphilis der Neugeborenen.
2) Chlorosis.

Ueber die *Fissura ani* bei Säuglingen und über den Gebrauch der Ratanhia dagegen, von Dr. Duclos (?).

Wir wollen hier zwei Fälle von Afterspaltung bei Säuglingen mittheilen, von denen einer in der Privatpraxis des Hrn. Trousseau und der andere in seiner Abtheilung des *Hôpital des Enfans malades* vorgekommen ist, die aber beide von mir genau beobachtet worden sind. Diese beiden Fälle scheinen uns sowohl in Bezug auf die Diagnose als auch in Bezug auf die Therapie grosses Interesse darzubieten.

Es ist eine allgemein angenommene Meinung, dass die Afterspalten bei kleinen Kindern nicht vorkommen, bei Erwachsenen dagegen häufig sind. Hr. Merat ist vielleicht der Einzige, welcher im *Dictionn. de Médecine* von 60 Bänden im Artikel *Fissure* die Möglichkeit der Afterspalten bei Säuglingen angegeben hat, obwohl der Fall, den er anführt, sich nicht auf eine eigentliche Fissur bezieht, d. h. auf eine schmerzhafte Spalte im untersten Ende des Mastdarms mit krampfhafter Zusammenziehung der Afteröffnung, sondern nur auf eine angeborene Engigkeit derselben. Seitdem führen zwar alle Autoren, welche sich mit dem Gegenstande beschäftigt haben, sehr viele Fälle von Afterspaltung bei Erwachsenen an, aber nirgends findet man einen Fall bei einem Säuglinge. Hr. Velpeau betrachtet sogar 2 Fälle, die er bei jugendlichen Subjekten von 18 und 21 Jahren beobachtet hat, als selten, und eben so Hr. Vivent, welcher die Afterspalte bei 3 Subjekten von ungefähr 20 Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. Auch Hr. Blandin erweist keinesweges das Vorkommen der Afterspalten bei Kindern, wenn er sagt, dass Kinder von syphilitischen Afterspalten eben so wenig als von den Afterspalten, welche durch

äussere Gewalten auf die Aftergegend erzeugt werden. Es fehlen aber die Thatsachen für diese Angabe, welche allerdings auf den Gegenstand sich bezieht, mit dem wir uns hier beschäftigen.

Aus dem Gesagten geht also, wie es scheint, hervor, dass wir uns mit einem ganz neuen Gegenstande, nämlich mit dem Vorkommen von Afterspalten bei Säuglingen, beschäftigen, worüber man bei keinem Autor etwas findet. Bedenkt man die Zähigkeit des Uebels, die Heftigkeit der Schmerzen, so ist es wohl ein Gegenstand, der Aufmerksamkeit verdient. Zuvörderst müssen wir bemerken, dass unter dem Begriffe Fissur nicht alle Autoren dasselbe verstehen; Einige nennen Fissur jede oberflächliche und schmerzhafte Exkoriation zwischen den Falten des Afters; Andere rechnen dazu noch als nothwendig eine krampfhafte Zusammenziehung des Schliessmuskels. Um allen Missverständnissen vorzubeugen, erklären wir demnach, dass wir unter der Benennung Fissur eine schmerzhafte Spalte oder Berstung mit krampfhafter Zusammenziehung verstehen. —

Die beiden Fälle, die wir mitzutheilen haben, waren in aller Kürze folgende:

1. Im Hospitale befand sich ein kleines, 1 Jahr altes Mädchen, das sich sonst immer wohl befand und von seiner Mutter genährt wurde, die an einem *Tumor albus* des Kniegelenkes litt. Seit seiner Geburt war das Kind hartleibig und diese Hartleibigkeit hat *sich in* den letzten 4 Monaten noch gesteigert. Das Kind hat nur *alle* 3 bis 4 Tage einmal Leibesöffnung. Etwa 1 Monat vor der Aufnahme des Kindes ins Hospital hat die Mutter bemerkt, dass jedesmal, wenn das Kind auf den Leibstuhl gesetzt wurde, es ein heftiges Wehgeschrei ausstiess, was es sonst nie zu thun pflegte. Der Schmerz scheint mit der Anstrengung zur Kothentleerung zu beginnen, ist sehr heftig beim Durchgehen des Kothes durch den After und dauert auch noch eine kurze Zeit nachher fort. Von da an wurde die Verstopfung immer hartnäckiger, die Kothentleerung wurde noch schmerzhafter und jedesmal gingen dem Kinde entweder mit dem Kothe oder kurz vorher einige Blutstropfen ab, die sich jedoch nicht mit den Kothmassen mischten. Sonst befindet sich das Kind ganz wohl. —

Die eben genannten Erscheinungen veranlassten Hrn. Trousseau, die Aftergegend zu untersuchen. Er fand dieselbe vollkommen gesund; aber indem er die Falten sorgfältig auseinander brachte, sah er nach vorn zu eine Spalte von geringer Tiefe, mehrere Linien lang und ungefähr ½ Linie breit, von rosenrother Farbe, welche Fissur

gleich zu erkennen war, da das Kind bei der Untersuchung heftig schrie und nach unten drängte. Die Verengerung der Afteröffnung war so gross, dass man kaum die Fingerspitze einführen konnte. An demselben Tage, am 18. Februar, verordnete Hr. Tr. ein Klystier, bestehend aus 1 Th. Ratanhia-Extrakt auf 100 Th. Wasser.

Am 19. Das Kind hat das Klystier nur 5 Minuten bei sich behalten und dann mit weichen Stoffen von sich gegeben. Es schreit nicht mehr so oft und so heftig wie früher. Dasselbe Mittel zu wiederholen.

Am 20. Das Klystier ist ebenfalls 5 Minuten verblieben und zugleich mit weichen Stoffen entleert. Es wird das Klystier noch zum drittenmal verordnet.

Am 21. Das Klystier ging Tages vorher mit dicklichen Kothmassen ab, das Kind hat auch gar nicht dabei geschrieen und auch nicht einen einzigen Tropfen Blut verloren. Dasselbe Klystier.

Am 22. Das Klystier ist ebenfalls mit Kothstoffen abgegangen, ohne Schmerz und ohne Blutentleerung. Dasselbe Klystier zu wiederholen.

Am 23. Eine Ausleerung hat stattgefunden vor der Anwendung des Klystiers. Die ausgeleerten Stoffe waren von gewöhnlicher Konsistenz und sind ohne den geringsten Schmerz abgegangen. Das Klystier wird zwar noch einmal verordnet, aber dann nicht weiter. Von diesem Augenblicke an wurden die Ausleerungen häufiger, weicher und es war durchaus nicht der geringste Schmerz vorhanden. Am 2. März 1846 wird das Kind geheilt entlassen.

2. Einige Tage nach der Heilung des Kindes wurde der Hr. Tr. in der Stadt zu einem Kinde gerufen, an dem er ebenfalls eine Fissur am After bemerkte und dessen Behandlung er mir anvertraute. Dieses Kind, 8 Monate alt, gut entwickelt, sich sonst immer wohl befindend, wurde von seiner Mutter bis zum Alter von 6½ Monaten gesäugt. Bei der Entwöhnung bekam es einen sehr heftigen Durchfall, welcher auf den Gebrauch von milden einhüllenden Mitteln sich verlor. Aber es war auf diese Diarrhoe eine sehr hartnäckige Verstopfung gefolgt. Das Kind hatte kaum täglich einmal Leibesöffnung und bald auch schrie es dabei sehr heftig, besonders beim Durchgange der Kothmasse durch den After; auch nachher dauerte der Schmerz einige Zeit an. Es geht zugleich mit dem Kothe etwas Blut ab, ohne sich jedoch mit diesem zu mischen. Das Kind wurde allmälig so verstopft, dass es nur mit Hülfe von Klystieren etwas harte Kothmasse entleert. Der

allgemeine Zustand ist befriedigend. Bei der Untersuchung des Afters sieht man eine Röthe mit ekzematösen Bläschen im Umfange des Afters. Nach hinten und links entdeckt man, so wie man die Falten des Afters auseinander gebracht hat, eine fast 2 Millimeter breite und 1 Centimeter lange, etwas tiefe Spalte. Die Aftermündung zeigt endlich eine beträchtliche Verengerung. Verordnet wird dasselbe Klystier wie früher, nur etwas schwächer. Diese Auflösung soll zum Theil auch als Bähung und Waschwasser für den After benutzt werden. Innerlich bekommt das Kind Magnesia.

Am 3. März. Das Kind hat 2 Abende hinter einander jedesmal ein Klystier bekommen; es hatte sie fast 3 Minuten bei sich behalten und sie mit etwas harten Kothstoffen zugleich entleert. Beim zweiten Klystier hat das Kind viel weniger geschrieen, aber die Mutter bemerkte etwas Blutabgang. Dasselbe Klystier.

Am 5. Die Klystiere sind 2 Minuten nachher mit erweichten Kothstoffen abgegangen; das Kind schreit sehr wenig und es hat kein Blut mehr verloren. Dieselben Klystiere und dieselben Waschungen.

Am 7. Die Klystiere werden noch immer auf dieselbe Weise gegeben; das Kind schreit nicht mehr; die Kothstoffe sind nicht mehr mit Blut gefärbt, die Röthe um den After ist geschwunden. Dieselben Klystiere.

Am 11. Die Klystiere werden seit vorgestern nicht mehr gegeben, das Kind ist immer noch etwas verstopft, die Kothstoffe sind etwas hart, aber sie gehen ab ohne irgend einen Schmerz und ohne Blutverluste. Bei genauer Untersuchung erkennt man, dass die Spalte vollkommen vernarbt ist. Das Kind wird entlassen. —

Fassen wir mit einigen Worten diese beiden Fälle zusammen, was erblicken wir? Einmal ein 8 Monate altes Kind, in Folge einer anhaltenden Verstopfung mit einer sehr bedeutenden Fissur des Afters behaftet, welche Fissur binnen 8 bis 9 Tagen durch die Ratanhia geheilt wird. Im anderen Falle ist es ein 1 Jahr altes Kind, welches unter denselben Umständen eine Fissur erlitt und mit demselben Mittel auch binnen einigen Tagen geheilt wird. Hat die Diagnose in diesen Fällen Schwierigkeiten gehabt oder nicht? Die Diagnose ist dann leicht, wenn man den After untersucht, aber durch welche Umstände wird man darauf geführt, diesen zu untersuchen? Diese letztere Frage ist nicht ohne Interesse. Ein Kind, an hartnäckiger Verstopfung leidend, schreit jedesmal fürchterlich, wenn es Leibesöffnungen hat. Die

Schmerzen haben das Eigenthümliche, dass sie sich nur dann erst erzeugen, wenn die Kothstoffe durch den After treten, und dass sie höchstens noch eine kurze Zeit nachher andauern. Man könnte verleitet werden, diese Schmerzen für Kolik zu halten; allein die Kolikschmerzen, obwohl häufig bei kleinen Kindern, sind nicht blos dann vorhanden, wenn das Kind seinen Koth entleeren will, sondern sie gehen der Kothentleerung oft voraus, ja sie vermindern sich sogar, wenn der Koth entleert wird. Bei der Afterspaltung hingegen ist der Schmerz eigenthümlicher Art; er tritt, wie gesagt, gerade erst dann ein, wenn der Koth durch den After treten will, und ist dann äusserst heftig.

So charakteristisch der Schmerz ist, so charakteristisch ist auch der Blutabgang. Eine eigentliche Darmblutung ist bei Säuglingen sehr selten. Die Ruhr ist vielleicht die einzige Krankheit, die ebenfalls einen Blutabgang bewirken kann. Bei solchem Blutabgange aber würde das Blut mit den Kothstoffen mehr oder weniger gemischt sein; in den beiden von uns erzählten Fällen aber waren die Blutstropfen davon vollkommen geschieden; man fand sie immer auf der Oberfläche dieser Massen oder an der Wand des Gefässes einzeln hängend. Diese Form der Blutung bezeugt offenbar, dass die Quelle derselben im untersten Ende des Darms ihren Sitz hat.

Ein drittes diagnostisches Merkmal ist das verhältnissmässige Wohlbefinden des Kindes; denn ein an Darmblutungen oder Ruhr leidendes Kind würde den Charakter eines sehr ernsten Krankseins darbieten.

Diese drei Umstände also, der eigenthümliche Schmerz während der Kothentleerung, das Abgehen einiger Blutstropfen vor und nach derselben und das verhältnissmässig gesunde Aussehen und Wohlbefinden des Kindes, müssen auf den Gedanken führen, dass dasselbe an einer Afterspaltung leidet. Eine genaue Untersuchung wird dann die Diagnose bestätigen. Man wird im Stande sein, die Spalte bei der Besichtigung zu entdecken und so alle Zweifel zu lösen. Es giebt aber noch gewisse Umstände, die wir hier anmerken müssen, da sie sich bei Erwachsenen, wenn sie an Afterfissuren leiden, nicht finden. Bei Erwachsenen ist im Allgemeinen der Schmerz noch in den ersten Stunden nach der Kothentleerung sehr lebhaft, während er bei Kindern bald darauf aufhört. Bei Erwachsenen erlangt der Schmerz in der That nachher noch meistens eine solche Heftigkeit, dass er wahrhaft unerträglich wird. Die ewigen Versuche des Kranken, durch Bewegung

oder veränderte Lage sich Erleichterung zu verschaffen, die steten Klagen derselben bezeugen die Lebhaftigkeit des Schmerzes.

Was die Blutung betrifft, so ist sie bei den Fissuren Erwachsener höchst selten vorhanden. Endlich drittens ist noch die Schnelligkeit der Heilung zu bedenken, welche, obwohl mit denselben Mitteln, nämlich mit Ratánhia, wie bei Erwachsenen bewirkt, bei diesen letztern doch viel langsamer von Statten zu gehen pflegt.

Ueber die *Spina bifida* und über die Heilung dieser Krankheit, von Dr. Latil de Thimecour in Trevoux (Ain).

(Schluss, s. voriges Heft S. 353.)

Nach allem Dem, was bis jetzt vorausgeschickt worden, ist es unzweifelhaft, dass in den Wandungen der Geschwulst, die wir operirt haben, wirklich Nerven vorhanden waren, die aber, wie man gesehen hat, keinesweges das Gelingen der Operation verhinderten. Uebrigens findet diese Ansicht auch noch im folgenden Satze Ollivier's Bestätigung: „Im Allgemeinen," sagt er, „bemerkt man diese Adhäsionen nur, wenn der Tumor die Lumbar- oder Sakralgegend einnimmt; wenn er seinen Sitz aber am Nacken oder am mittleren Theile des Rückens hat, so adhärirt das Rückenmark und seine Nerven nicht an den Wandungen des Tumors, der aber demungeachtet alle die Charaktere zeigt, welche die *Spina bifida* an den erstgenannten Regionen hat." Und er fügt noch hinzu: „Die Haut ist bisweilen dünn und durchsichtig; zu andern Zeiten ist sie dick, aber meistens ist sie verdünnt und zeigt bläuliche oder bräunliche Marmorflecken. Es kommt auch wirklich vor, dass diese Haut gänzlich fehlt, dann wird der Sack nur von der Duramater, der Arachnoidea und der Piamater gebildet, bisweilen sogar nur von diesen beiden letzteren Häuten. In solchem Falle ist die Piamater oft verdickt und mit injizirten Blutgefässen bedeckt. Bisweilen sind die Neurilemröhren, welche die Haut jedem Nerven gewährt, ganz an der Oberfläche ansitzend, wo sie deutlich wahrnehmbare Streifen bilden. Alsdann hört die Haut plötzlich an der Basis der Geschwulst auf und diese Fälle sind es besonders, in denen man die Neurilemröhren der Rückenmarksnerven an der innern Fläche des Tumors erblickt." In

der That scheint es, als habe Hr. Ollivier einen Tumor beschreiben wollen, wie wir ihn operirt haben.

Endlich hat das anatomische Verhältniss noch ganz neuerlich im Schoosse der *Société méd. du Temple* zu Paris zu einer lebhaften Debatte zwischen Hrn. Gery und Hrn. Baraduc Anlass gegeben (siehe Journal für Kinderkrankheiten Band V. August 1845 S. 154); der Erstere hatte nämlich behauptet, dass die *Spina bifida* nichts weiter sei als eine Hernie des Rückenmarks, und dass diese Geschwülste wegen der darin sich befindenden Nerven nicht unterbunden werden dürfen; wogegen der Zweite zu folgender Meinung sich bekannte: „Da ich in diesen Tumoren nur die Nerven erblicke, welche sich in ihren Wandungen befinden, so behaupte ich, dass die Vorschrift, unter keiner Bedingung eine Ligatur anzuwenden, sich höchstens auf die Bedenklichkeit stützen kann, dass die Ligatur durch Zurückdrängen der Rückenmarksflüssigkeit eine Kompression des Markes, die zu tödtlichen Zufällen führen müsste, haben könnte. Ich habe zwei anatomische Präparate vorgelegt, in denen ich nachgewiesen habe, dass die Tumoren, die man *Spina bifida* nennt, keineswegs so gestaltet sind, wie Hr. Gery es annimmt; dann habe ich gesagt, dass ich in den Wandungen desjenigen Tumors, der Flüssigkeit enthält, Gefässe und einige Nerven gefunden habe, die man übrigens noch erblicken kann; dasselbe zeigt noch deutlicher das zweite Präparat."

Diese Beweise reichen, wie uns scheint, vollkommen hin, um darzuthun, dass der Tumor, den wir operirt haben, eine wirkliche *Spina bifida* der Lumbosakralgegend war, d. h. ein Tumor gebildet durch Erweiterung und Austretung der Rückenmarkshüllen ausserhalb des Wirbelkanals, und dass auf der innern Fläche dieser Hüllen die, den aus dem Rückenmark entspringenden Nerven gewährten Neurilemröhren sich befanden und deutlich wahrnehmbare Streifen bildeten, wie das auch in den von andern Autoren angeführten Fällen stattfand. Die Lähmung des linken Beines, die Schwierigkeit und die Pein bei der Koth- und Urinausleerung vor der Operation und das Verschwinden dieser Symptome nach der Beseitigung des Tumors, ferner die immerfort, selbst am achten Tage nach Abtragung der Geschwulst wieder eingetretene Absonderung von Flüssigkeit, welche nirgends anders herkommen konnte als aus der Rückenmarkshöhle, alle diese Umstände beweisen die Natur der *Spina bifida.* Uebrigens bewies auch eine genaue Untersuchung der Lappen des Tumors, dass er einfachig, glatt und polirt an seiner innern Fläche war, welche von einem sehr wider-

strebenden, gleichsam elastischen Gewebe, das sich nach der Abtragung auf eine höchst merkwürdige Weise zusammenzog, während es früher von Flüssigkeit ausgedehnt, dünn und durchsichtig war, gebildet zu sein schien. Jede vor der Operation mit dem Tumor vorgenommene Bewegung bewirkte ein plötzliches Aufschreien des Kindes, Schluchzen und gefährliche Erstickungszufälle, Zufälle, die über die Natur der Geschwulst am wenigsten Aufschluss geben.

Bleibt hier noch irgend ein Zweifel, so brauche ich nur hinzuzufügen, dass das Kind in den ersten Tagen des Septembers wegen eines Nabelbruches, den es seit der Operation hatte, zu uns gebracht worden. Bei dieser Gelegenheit wurde ich durch den Umstand überrascht, dass das Kind an der ganzen rechten Seite mit Schweiss bedeckt war, während die linke Seite fast ganz trocken erschien. Von der Mutter erfuhr ich, dass sie schon mehrmals diese Eigenthümlichkeit wahrgenommen und dass sie ausserdem noch einmal sehr verwundert gewesen, ihr Kind an der ganzen rechten Seite mit rothen Flecken bedeckt zu finden, während an der linken Seite durchaus nichts zu sehen war, indem die Eruption genau an der Mittellinie aufhörte. Sonst aber sind die Bewegungen des früher gelähmten Gliedes immer besser und freier geworden, so dass jetzt das Kind das linke Bein nach allen Richtungen hinführen und sogar sich darauf stützen konnte. Nur scheint die Empfindlichkeit noch stumpfer zu sein als im rechten Beine, denn man musste ersteres weit mehr kneifen, um das Kind zum Schreien zu bringen, als letzteres. Was die Bedeutung des halbseitigen Schweisses betrifft, so wollen wir uns an mehrere Fälle von Hemiplegie erinnern, wo dieses auch stattgefunden hat.

Alle diese Beweisführung ist nicht unnütz denjenigen Einwürfen gegenüber, welche man fast allen Heilungen von *Spina bifida* entgegengestellt hat, und besonders Denjenigen gegenüber, welche nicht an die Möglichkeit einer Radikalheilung eines Tumors glauben wollen, der wirklich mit der Rückenmarkshöhle zusammenhängt.

Ich will jetzt dazu übergehen, um die Bedingungen und den Mechanismus der Heilung zu untersuchen. Es ist von uns schon früher erwähnt worden, dass die Ursache des Todes weniger in dem Wesen der Krankheit selber liegt, als in der Entzündung der Rückenmarkshüllen, welche fast nothwendigerweise auf die spontane oder künstliche Eröffnung der Geschwulst folgt. Von diesem Gesichtspunkte aus würde also das blosse Vorhandensein einer *Spina bifida* keineswegs die Lebensfähigkeit ausschliessen, und als Beweis gilt, dass die meisten

Kinder, welche mit diesem Bildungsfehler geboren werden, längere oder kürzere Zeit am Leben bleiben, bis der abnorme Sack entweder von selber berstet oder durch eine chirurgische Operation geöffnet wird. Angenommen, die Wandungen des Sackes wären so dick, um einer spontanen Ruptur zu widerstehen, oder es wären Mittel angewendet worden, um diese Ruptur zu verhüten: was würde dann das Resultat sein? Eine der Beobachtungen von A. Cooper wird hierauf Antwort geben.

James Appleby hatte auf der Lendengegend der Wirbelsäule eine durchsichtige Geschwulst von der Grösse einer Nuss. Der Kopf des Kindes war nicht grösser als gewöhnlich und es konnte die Beine bewegen. A. Cooper legte eine Binde an, um diesen Tumor zu komprimiren, den er für eine Art Hernie hielt. Diese Behandlung dauerte 5 Monate und während dieser Zeit hatte das Kind mehrmals Konvulsionen. Jetzt legte man eine Art Bruchband mit einer Pelotte wie beim Nabelbruche an, und nach 15 Monaten konnte das Kind sich auf seinen Beinen halten und eine Treppe ersteigen. Nach dem 18. Monate hatte sich die Binde verschoben, der Tumor war so gross wie eine Pomeranze, und als man ihn reduziren wollte, wurde das Kind wie betäubt. Endlich konnte das Kind später in die Schule gehen, aber es musste immer eine Art Bruchband tragen, weil sonst der Tumor wiederkam. — Auch findet man bei Bonn, wie Hr. Ollivier mittheilt, die Erzählung eines Falles von *Spina bifida,* wobei das Kind 2 Jahre lebte; ferner die Erwähnung eines Falles, von Wagner mitgetheilt, wo das Individuum 28 Jahre alt wurde. Hr. Moulinier spricht von einem 37 Jahre alten Individuum, welches seit seiner Geburt eine *Spina bifida* hatte und nicht sehr davon gelitten zu haben schien. Fügen wir hinzu, dass noch vor einigen Jahren in London eine Frau sich befand, die 29 Jahre alt war und mit einem solchen Tumor am unteren Theile der Wirbelsäule auf die Welt kam; dieser Tumor hatte nach und nach sich vergrössert und war zuletzt so gross wie der Kopf eines erwachsenen Mannes; was aber in diesem Falle besonders interessant, war, dass aus dieser Geschwulst bisweilen Flüssigkeit aussickerte, und dass, obwohl die Geschlechtstheile gut gebildet waren, so ragten die Katamenien immer doch nur aus einem am rechten Schenkel befindlichen Loche heraus. Auch in der Abhandlung von Prescott Hewett finden wir zwei interessante Fälle erwähnt; in dem einen Falle war es ein junger Mensch, 17 Jahre alt, welcher seit seiner Geburt an unfreiwilligem Harnabfluss litt und auch kaum seinen Koth zurück-

halten konnte; in dem andern Falle handelt es sich um eine 25 Jahre alte Frau, bei der zwar die unteren Gliedmaassen und die Kothausleerung sich normal verhielen, die aber ihren Urin nur zurückhalten konnte, wenn sie aufrecht stand.

Gelangen wir endlich zu der wirklich durch die Kunst hervorgerufenen Heilung der *Spina bifida,* so finden wir in der That nur eine sehr geringe Anzahl, welche die wissenschaftliche Kritik aushält. Fassen wir nämlich aus den verschiedenen Werken alle die Fälle zusammen, welche diejenige Authentizität besitzen, die die Wissenschaft fordern muss, so bekommen wir höchstens eine Summe von 8 — 10 heraus, von denen wir selbst noch 2 abziehen müssen, welche nicht das Resultat einer wirklichen chirurgischen Operation sind, nämlich den bereits früher angegebenen Fall von A. Cooper und den Fall von Terris, welcher das einzige Beispiel einer wirklich durch die Natur bewirkten Heilung ist, da in diesem Falle der Tumor von selber geborsten ist (*Journal général de Médecine* 1806, Tom. 27. S. 162).

Es werden nun noch die von Rosetti erlangten Erfolge verbleiben, von denen aber nur ein einziger speziell mitgetheilt worden. Der Fall von Probat de Howard bot allerdings eine Heilung durch Punktion dar, und in diesem Falle, wie in dem vorerwähnten, sowie in dem dritten, nämlich in dem A. Cooper'schen Falle, ist das Resultat ein zweifelhaftes; es sind dies 3 Fälle, wo die Heilung durch Punktion erlangt worden, und es ist keinem Zweifel unterworfen, dass, so gering auch die Zahl ist, doch noch die Punktion diejenige Operation ist, die die meisten Erfolge zählt.

Die 2 glücklich geheilten Fälle des Hrn. Dibourg sind auf eine andere Weise operirt, nämlich durch die Exzision, die bereits, wie Morgagni behauptet, von Brunner verübt worden. Es sind hier nur noch der Fall des Hrn. Benyard (vor Kurzem mitgetheilt) und mein eigener, in diesem Aufsatze beschriebener Fall hinzuzurechnen, um die Gesammtsumme von 8 glücklich erlangten Heilungen der *Spina bifida* voll zu machen.

Noch viele andere Beispiele von Heilung der *Spina bifida* sind hier und da mitgetheilt worden, aber es fehlen ihnen alle die Einzelheiten, die die Kritik verlangt, oder sie waren mit solchen Umständen verknüpft, z. B. mit Hydrokephalus, dass man weder den unglücklichen Ausgang der versuchten Operation, noch etwa einen glücklichen Erfolg als ein reines und genügendes Resultat betrachten darf. Mehrere andere Fälle, selbst aus der neuesten Zeit, sind so unvollständig und

so undeutlich erzählt, dass wir auch ihnen keinen Platz in unserer Berechnung einräumen können, weil wir nicht die bestimmte Ueberzeugung erlangen konnten, dass es auch wirklich die *Spina bifida* gewesen ist, woran die Individuen gelitten hatten.

Aus allen den vorangegangenen Beispielen und zahlreichen Zitationen aus anderen Werken ergiebt sich zur Genüge, dass in dem, was bisher über *Spina bifida* geschrieben worden, noch gar zu viel Unbestimmtes und Unsicheres in den Ansichten herrscht, und dass wir noch weit entfernt sind, etwas Gewisses über die Ursachen, die Natur und die Behandlung dieser Missbildung zu besitzen, die bis jetzt fast noch immer, mit Ausnahme der wenigen von uns berührten Fälle, den Tod herbeigeführt hat. Es wird deshalb von Nutzen sein, die verschiedenen Ansichten der Autoren mit einander zu vergleichen und sie zu beleuchten, um möglicherweise daraus richtige Schlüsse zu ziehen.

Vor allen Dingen kommt es darauf an, bevor man in irgend einer Beziehung mit der *Spina bifida* etwas beginnen will, zu wissen, ob diese Krankheit allein oder komplizirt dasteht. Die Komplikationen sind sehr häufig; bisweilen kömmt die Krankheit mit andern Bildungsfehlern zusammen vor, wie z. B. mit Ektrophie der Blase, Hydrokephalus, Anenkephalus, unvollkommener Ausbildung des Rückenmarks u. s. w., und es sind Fälle vorgekommen, wo die *Spina bifida* längs der ganzen Wirbelsäule sich erstreckt hat, wo die Körper der Wirbel ganz und gar gespalten waren und der Tumor einen Vorsprung in die Bauchhöhle machte. Die Wirbelringe können gänzlich fehlen, obwohl sie oft rudimentös vorhanden sind, allein sie sind nach aussen getrieben, auseinander gesperrt und haben zwischen sich einen mehr oder minder ausgedehnten freien Raum. Bisweilen kommunizirt die in dem Tumor enthaltene Rückenmarkflüssigkeit mit der Flüssigkeit der Gehirnhöhlen; in anderen Fällen ist diese Kommunikation nicht vorhanden, woher die Verschiedenheit der Symptome von den Autoren auch so verschieden angegeben worden ist.

Die nach aussen vorspringenden Rückenmarksgeschwülste sind von Velpeau in 2 grosse Klassen gebracht worden. „Man kann sehr wohl annehmen, sagt dieser Autor, dass die an der hintern Wand der Säule beobachteten serösen Geschwülste nicht alle mit den Rückenmarkshöhlen zusammenhängen, sondern ihren Ausgangspunkt ausserhalb der Duramater haben. Im vorigen Jahrhundert hat schon Orth, von Salzmann darauf gebracht, sich bemüht zu zeigen, dass man gewisse an der Wirbelsäule sich entwickelnden Kysten mit der *Spina bifida*

nicht verwechseln darf, und in unsern Tagen hat Hr. Busch in Berlin nachgewiesen, dass mehrere dieser Kysten geschlossen waren wie Ovarien, ohne mit der Rückenmarkshöhle zusammenzuhängen."

Vruhk hat in der That Gelegenheit gehabt, eine Leiche zu untersuchen, an welcher sich 2 Kysten befanden, von denen die eine mit dem Innern des Duramater zusammenhing, die andere aber nur ausserhalb dieser Membran sass. Aehnliche Fälle finden wir von englischen Schriftstellern bei Ollivier angeführt. In manchen Fällen ist der Tumor innerhalb des Mutterleibes geborsten, wie in dem von Berard und vielen anderen erzählten Fällen; man fand alsdann den Wirbelkanal von der Geburt an offen, die beiden Ränder der Wunden mit Hydatidenbildungen, serösen Kysten oder weichen Fungositäten bedeckt, oder man fand eine unregelmässige vertiefte Narbe, in deren Umgegend die Hautrunzeln zahlreiche Falten und Adhäsionen mit den Neurilemröhren der Schenkelnerven bildeten.

Aus der Arbeit des Hrn. Busch geht hervor, dass derselbe Gelegenheit hatte, in einer Zeit von 4 Jahren 4 angeborene Geschwülste am Kreuzbeine zu beobachten. Diese Geschwülste hatten die Grösse einer Nuss bis zu der eines Dreipfundstücks. Oeffnete man diese Geschwülste, so fand man die Haut mehr oder minder entartet, bisweilen verdünnt, immer aber mit den Wandungen des Tumors fest zusammenhängend. Schnitt man tiefer ein, so erblickte man Zellen, Hydatidenfachwerk, gerade wie man es bisweilen in den entarteten Ovarien findet. Diese Zellen variiren von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Nuss; ihre Scheidewände sind mehr oder weniger fest und dick und ihre Textur ist bald die des lamellösen und membranösen Zellgewebes, bald die der Fleischfasern oder gar der Knorpelfasern. Untersuchte man sehr genau, so fand man zwischen der Mitte des Tumors und dem unteren Theile des Rückenmarks einen Nerven-Zusammenhang. Hr. Busch glaubt, dass in den ersten Zeiten des Fötuslebens wirklicher Hydrops in diesen Geschwülsten bestanden hat, dass er aber später verschwunden ist und die Geschwulst zurückgelassen hat. Wenn dies wahr ist, hat dieser Vorgang nicht vollkommene Aehnlichkeit mit dem Vorgange der von uns durch die Kunst erlangten Heilung; oder mit anderen Worten, hat sich vielleicht in unserem Falle vermittelst der Obliteration des von dem Rückenmark zum Tumor führenden Kanals und Elimination des letztern Heilung eingestellt?

Es ist ganz unzweifelhaft, dass diese Operation nicht in allen Fällen ohne Unterschied anwendbar ist, sondern dass man wissen muss,

sich die Subjekte auszuwählen, die man operiren, und diejenigen, die man nicht operiren darf. Es giebt hier, wie bei allen anderen chirurgischen Operationen, Fälle, wo man unter keinen Umständen gerechtfertigt ist, die Operation zu unternehmen, sondern wo man ganz gut, ohne sich Vorwürfe zu machen, die Subjekte ihr vollständiges Leben hinschleppen lassen kann, ohne etwas zu thun. Wenn man aber bedenkt, dass die *Spina bifida*, gegen die man bisher, in der Idee, dass die Hülfe nichts ausrichte, fast so gut wie Nichts gethan hat, eine weit häufigere Krankheit ist, als man gewöhnlich annimmt, indem unter 132 Neugeborenen mit verschiedenen Missbildungen binnen 5 Jahren nach Chaussier 22 mit *Spina bifida* behaftet sich fanden, und dass nach dem Klumpfuss, wie mehrfach behauptet worden, die *Spina bifida* die häufigste Missbildung ist, was sich auch dadurch bestätigt, dass Billard in einem einzigen Jahre im Findlingshause zu Paris 6 Fälle zu beobachten Gelegenheit hat, wenn man, sage ich, dies alles bedenkt, so wird man sicherlich immer einige Fälle finden, für die die Operation, die wir hier vorgeschlagen haben, passend ist, und die durch sie vielleicht vor einem elenden Dasein oder einem sichern Tode geschützt werden können.

Wir glauben, dass die Heilung der *Spina bifida*, wenn diese in einem einfachen Tumor an der Wirbelsäule besteht, nach der von uns angegebenen Methode versucht werden müsse, welches auch der Sitz des Tumors sei, mag er zusammenhängen mit dem Wirbelkanal oder nicht, mag Lähmung der Beine vorhanden sein oder nicht, wenn nur das Rückenmark nicht eine bedeutende Veränderung erlitten hat, was man freilich nicht immer genau bestimmen kann. Es muss uns darauf ankommen, den normalen Zustand des Wirbelkanals dadurch herzustellen, dass wir die Oeffnung des Kanals zwischen dem Tumor und der Rückenmarkshöhle verschliessen, jedoch so, dass Luft nicht eintritt und dass die Rückenmarkshüllen vor Entzündung geschützt werden. Können wir dies bewirken, so werden wir die Kinder retten, denn die Natur verfährt auf dieselbe Weise, und es ist dabei keineswegs nothwendig, dass auch die Spalte im Knochen sich schliesse; es kommt sogar bisweilen vor, dass dieser Spalt verbleibt, aber die durch die Rückenmarkshäute geschlossene Oeffnung verengert sich immer mehr, und schliesst sich dann doch ganz und gar, so dass bisweilen kaum ein Loch übrig bleibt, um eine Sonde durchzuführen.

Die Entleerung der Rückenmarksflüssigkeit ist nicht gefährlich an sich, wenn sich nur nicht die Entzündung bis auf die Meningen

erstreckt. Die 70 Punktionen in dem Skinner'schen Falle und eine der Beobachtungen von A. Cooper beweisen dieses hinlänglich. Uebrigens haben auch die Versuche Magendie's an Thieren über die Bedeutung der Rückenmarksflüssigkeit gezeigt, dass die Entziehung dieser Flüssigkeit die Subjekte wohl in Unbeweglichkeit, Abstumpfung und in eine Art Trunkenheit versetzen kann, dass aber innerhalb der Wirbelhöhle keine bemerkbare Veränderung eintritt, wenn selbst die eingedrungene Luft einige Zeit hindurch diese Flüssigkeit ersetzt hat, und dass nach einiger Zeit dieser Zustand verschwand, wenn die Flüssigkeit sich wieder erzeugt hatte, was wirklich sehr bald geschah. Hr. Cruveilhier hat dieses Alles bestätigt.

Fügen wir noch hinzu, dass neuere Untersuchungen, die Hr. Longet angestellt hat, zu beweisen scheinen, dass diese Zufälle weit weniger der blossen Entziehung der Rückenmarksflüssigkeit beizumessen sind, als dem bis jetzt dazu benuzten Verfahren, da es an Pferden, Hunden, Kaninchen ganz dieselben Erscheinungen hervorrufen konnte, ohne die Flüssigkeit zu entleeren, und da sie oft nicht eintraten, wo die Flüssigkeit entleert wurde.

Die Gefahr, die die *Spina bifida* mit sich führt, liegt also weder in dem möglichen Abflusse der Rückenmarksflüssigkeit, noch in dem blossen Operationsakte, noch in dem Eintritte der Luft allein, *sondern*, wie schon mehrmals gesagt, in der durch diese Einflüsse möglicherweise entstehenden Entzündung. Nun scheint aber das von uns angewendete Verfahren am meisten darauf berechnet zu sein, diese Zufälle zu verhüten; denn sobald der Apparat gehörig angelegt ist und der Sack darauf entleert worden, befindet sich der Operirte sogleich in dem gewöhnlichen Zustande einer normalen Organisation. Die abnorme Erweiterung des Wirbelkanals ist beseitigt, der Apparat ersetzt die Wirbelringe; er dient dazu, nach aussen hin Brand und Entzündung zu beschränken, und er begünstigt zugleich den Kontakt und das Aneinanderwachsen der serösen Flächen und selbst eine Verengerung der Knochenspalte, gerade wie bei der Hasenscharte und der Gaumenspalte eine Vereinigung der Weichtheile auch allmälig eine Vereinigung der Knochen in der Mittellinie herbeiführt. Demnach findet sich, sowie der Apparat angelegt ist, das Rückenmark sogleich in der Lage, alle seine Funktionen vollziehen zu können, sofern es nicht selber eine Veränderung erlitten hat und sofern kein aus ihm entspringender Nerv bei der Kompression der Wandungen des Sackes mitgefasst ist. Aber selbst dann, wenn Letzteres der Fall gewesen ist, wenn selbst einige

Nerven fehlen und, in die Wandungen der Geschwulst übergegangen, dort gefasst werden, darf man noch nicht verzweifeln, da ähnliche Vorgänge bei der Operation der Varikokele nach der Methode von Breschet bewiesen haben, dass die Wirkung nicht so arg ist. Die Untersuchungen von Flourens, Tavignot, Ollivier, Longet, Brachet, Jobert und Anderen über die Wiederherstellung des Nerveneinflusses bei unterbrochenem Zusammenhange der Nerven beweisen dieses hinlänglich.

Versuch einer ausführlichen diagnostischen Würdigung der einzelnen Symptome in der entzündlichen Hirnwassersucht der Kinder, von Dr. J. Bierbaum, prakt. Arzte zu Dorsten.

Erster Artikel.

Ueber die Diagnose dieses Hirnleidens im Allgemeinen, und über die Eintheilung desselben in gewisse Stadien und Grundformen im Besonderen.

An der Wiege der Kleinen kann man bekanntlich oft Stundenlang sitzen und muss erst wahre Hieroglyphen entziffern, ehe man ihre Leiden, wenn sie nur in etwas verwickelt sind, richtig erforscht hat. Keine Krankheit des kindlichen Alters ist aber wohl schwieriger zu erkennen, als gerade die entzündliche Hirnwassersucht. Der Grund hiervon liegt keinesweges darin, dass die Beobachtungen bisher nicht genau und umsichtsvoll genug angestellt wurden, sondern vielmehr in einem Zusammentreffen von mehreren Umständen. Wir wollen hier nicht weiter von der mangelhaften Benennung und von dem noch immer schwankenden Begriffe dieses Hirnleidens sprechen, ob es nämlich eine nur durch das kindliche Alter modifizirte Entzündung des Gehirns oder seiner Hüllen, oder eine spezifische Krankheit sei; auch wollen wir nicht weiter über das äusserst häufige Auftreten dieses Hirnleidens in dem frühen kindlichen Alter und von den vielen Komplikationen reden, die es mit anderen Krankheiten eingeht; sondern wir wollen zum Beweise der Schwierigkeit einer richtigen Diagnose nur anführen, dass dieses Hirnleiden einmal aller pathognomonischen Symptome entbehrt, dann unter verschiedenartigen Formen auftritt

und endlich eine Art von Zeichen darbietet, die auch auf so manche andere Krankheit anwendbar ist. Gross ist zwar die Zahl der Symptome dieses Hirnleidens, aber nur klein die Zahl der Erscheinungen, welche uns die erste Entwickelungsstufe desselben mit Sicherheit erkennen lassen. Und doch hängt gerade von der möglichst frühzeitigen Erkennung dieses Hirnleidens das Loos des Kranken ab. Es ist daher von der grössten Wichtigkeit, den diagnostischen Werth jedes einzelnen Symptomes an und für sich und in Beziehung auf andere gleichzeitig vorhandene Zeichen näher zu untersuchen. Nur dann erst wird man im Stande sein, die konstantern Erscheinungen von den wandelbaren zu unterscheiden, und durch die Vereinigung der bedeutungsvollsten Symptome zu einem Ganzen das Krankheitsbild richtig aufzufassen. Rühmlichst sind hierin die Naturwissenschaften schon längst der Medizin vorausgegangen und haben uns namentlich gelehrt, dass die einzelnen Symptome, die man früher alle für gleich wichtig hielt, einen verschiedenen Werth haben. Wenn aber auch die Diagnose im Anfange äusserst schwierig ist, so verträgt sich doch die Behauptung, dieses Hirnleiden, so lange es noch behandelt werden könne, lasse sich nicht erkennen, und nur erst der Leichenbefund vergewissere über das frühere Vorhandensein desselben, durchaus nicht mehr mit dem jetzigen Standpunkte des pathologischen Wissens über die in Rede stehende Krankheit. Lange hat das berühmte Werk von Gölis alle weiteren Forschungen zurückgedrängt und die Stimmen gleichsam verstummen gemacht; wenigstens verging in Deutschland eine Reihe von Jahren, wo man dieses Hirnleiden weniger zu beachten schien, bis man erst in der neuesten Zeit demselben wieder die gebührende Aufmerksamkeit schenkt. Gölis hat sich zwar um die in Rede stehende Krankheit grosses Verdienst erworben, da er nicht allein die Diagnose derselben schärfer festsetzte, sondern auch Brown's verderblichen Grundsätzen gegenüber eine rationellere Heilmethode angab; allein er hat, ungeachtet dieser dankenswerthen und trefflichen Leistungen, dennoch den fraglichen Gegenstand keineswegs erschöpft.

Die Symptome dieses Hirnleidens nun lassen sich der besseren Uebersicht halber in zwei grosse Reihen trennen, von denen die eine die Störungen der Hirnfunktionen, die andere dagegen die Störungen anderer Verrichtungen der Organismus umfasst. Man kann sie aber auch nach den verschiedenen Systemen betrachten, oder auch als Zeichen der veränderten Funktion oder als Zeichen der veränderten Organisation. In praktischer Hinsicht möchte es jedoch wohl vortheil-

haft sein, die einzelnen Symptome nach dem Orte, wo sie vorkommen, diagnostisch näher zu würdigen, und demnach dieselben in Kopf-, Respirations-, Unterleibs- und Fieber-Symptome zu theilen. Wenn man aber von mir in der Klasse der Fieber-Symptome manche Zeichen, die strenge genommen hierher gehören, vermisst, und dagegen wieder andere, die anderswo abgehandelt werden mussten, gerade hier aufgeführt findet: so hat dies lediglich seinen Grund in dem Umstande, dass an diesen Stellen die Symptome am zweckmässigsten gewürdigt werden konnten. Man könnte dieser Eintheilung vielleicht den Vorwurf machen, dass durch ein solches streng systematisches Trennen und Sichten der Symptome das Krankheitsbild weniger leicht aufzufassen sei. In so fern man in den nächst folgenden Blättern eine nosographische Darstellung dieses Hirnleidens erwartet, mag diese Einrede nicht ohne allen Grund sein. Allein wir wollen keinesweges eine Beschreibung der in Rede stehenden Krankheit liefern, sondern nur die einzelnen Symptome derselben in diagnostischer Beziehung näher würdigen. Diese Eintheilung möchte auch wohl den Vortheil haben, dass sich die einzelnen Symptome, wofern man über das eine oder andere Zeichen nähere Aufklärung nachsucht, am leichtesten auffinden lassen. Es wäre in der That auch wohl ein ganz unnützes Unternehmen, die vortrefflichen Schilderungen dieses Hirnleidens, die bereits von so mancher Meisterhand entworfen sind, durch ein neues, vielleicht weniger gelungenes Gemälde vermehren zu wollen.

Es ist indessen eine so auffallende als in diagnostischer Hinsicht äusserst wichtige Erscheinung, deren hohe Bedeutung schon C. Smyth kannte, dass wir in den beiden ersteren Perioden dieser Krankheit eine Verbindung von Symptomen antreffen, die auf einem Widerspruche zu beruhen scheinen. Diese eigenthümliche Vermischung von Zeichen ist aber ganz charakteristisch und erschwert nur scheinbar die Erkennung dieses Hirnleidens. Wir erlauben uns diesen Kontrast, den einzelne Symptome darbieten, in kurzen Zügen mitzutheilen. So sehen wir, dass der Kopfschmerz, so heftig er auch ist, keinesweges von einer gleichen febrilen Aufregung begleitet wird. Wir sehen ferner, dass die grosse Reizbarkeit des Magens, die sich durch Ekel, Würgen und wirkliches Erbrechen manifestirt, einen schroffen Gegensatz bildet zu der auffallenden Torpidität des Darmkanals, wie sich dies durch die hartnäckige Stuhlverstopfung und den Mangel an Blähungen zu erkennen giebt. Wir sehen auch das ausgezeichnet feine Gehör und die krankhaft gesteigerte Empfindlichkeit des Auges, die sich als

Lichtscheu charakterisirt, mit der Schlummersucht kontrastiren. Eben so sehen wir diesen Kontrast an dem Bauche, der von der Herzgrube bis zu den Schambeinen kollabirt, obgleich der Stuhl hartnäckig verschlossen ist und die Urinausleerung äusserst sparsam vor sich geht. Wir sehen endlich eine leise und ruhige Respiration, während die Gefässthätigkeit aufgeregt und der Puls beschleunigt ist.

Nicht weniger charakteristisch als diese eigenthümliche Verbindung der Symptome von Reizung und Druck, ist auch das Schwanken und der Wechsel der Erscheinungen in den ersteren Stadien dieses Hirnleidens. So fühlt sich das Kind in dem einen Augenblicke äusserst hinfällig und angegriffen, während es in dem anderen wieder munterer ist, aus seinem Bettchen aufsteht und sogar spielt. Das Auge verräth in dem einen Falle die grösste Reizbarkeit, in dem anderen dagegen zeigt es gar keine oder eine nur geringe Lichtscheu und erträgt selbst die Einwirkung der Sonnenstrahlen. Die Pupille ist bei dem einen Kinde enge zusammen gezogen, bei dem anderen aber erweitert, und wechselt überhaupt ihre Beschaffenheit zu verschiedenen Tageszeiten. Der Magen ist oft so reizbar, dass nach jedem Genusse von Speisen und Getränken Erbrechen eintritt, zuweilen aber zeigt er kaum eine Spur von krankhafter Irritation. Das eine Mal erscheint das Erbrechen äusserst häufig, das andere Mal dagegen ist es nicht allein seltener, sondern setzt auch wohl einen ganzen Tag aus. In dem einen Augenblicke röthet sich das Gesicht und in dem anderen erblasst es wieder. Die Temperatur der Haut ist bald erhöht, bald erniedrigt, und der Puls bald frequent und regelmässig, bald wieder langsam und aussetzend, doppelschlägig, kriechend oder in einander über laufend. Ein solches Schwanken und Wechseln der Symptome, auf welches auch Bennet grossen Werth legt, verdient in diagnostischer Beziehung alle Beachtung.

Vergleichen wir endlich die Symptome während des ganzen Verlaufes dieses Hirnleidens mit einander, so finden wir ein Steigen, Fallen und abermaliges Steigen. Wir sehen auch, dass sich manche Zeichen an den beiden Endpunkten der Krankheit in gewisser Beziehung analog verhalten. So ist der Puls anfangs beschleunigt, auf der Höhe der Krankheit langsam und gegen das Ende derselben wieder frequent. Die Temperatur der Haut ist anfangs anhaltend oder nur in den Fieberparoxysmen erhöht, später sinkt sie wieder und fühlt sich endlich brennend heiss an. Die Wangen sind anfangs anhaltend oder nur vorübergehend geröthet, erbleichen später und endlich wechselt hektische

Röthe mit Leichenblässe. Die arterielle Gefässaufregung steigt, fällt und tritt darauf aufs Neue wieder hervor. Die Respiration ist anfangs beschleunigt, dann langsamer und kaum sicht- und hörbar und zuletzt wieder akzelerirt. Ein analoges Verhalten bemerken wir auch an der Thränensekretion, die im Anfange der Krankheit noch besteht, dann aber gänzlich aufhört und endlich als unwillkürliches Thränenträufeln wieder erscheint. Eben so sehen wir, dass die Konvulsionen oft im Beginn der Krankheit auftreten, später aber wieder schwinden und endlich die Szene beschliessen. Die Pupille ist anfangs zusammen gezogen, erweitert sich aber in der Exsudationsperiode und kontrahirt sich zuweilen wieder im letzten Stadium der Krankheit, bald bloss auf einem, bald auf beiden Augen.

Diese kurzen Andeutungen über das Verhalten der Symptome in den ersteren Perioden sowohl, als auch während des ganzen Verlaufes dieses Hirnleidens, die sich leicht in eine ausführlichere Parallele hätten bringen lassen, scheinen mir eine genauere diagnostische Würdigung zu verdienen, als ihnen bisher zu Theil geworden ist. Die eigenthümliche Kombination kontrastirender Symptome, sowie der Wechsel der Erscheinungen, ist in diagnostischer Beziehung von eben so hohem Interesse als grosser Bedeutung. Berücksichtigt man zugleich das stufenweise erfolgende Auftreten der Symptome, die stetige Andauer und die eigenthümliche Reihenfolge, so wird man dieses Hirnleiden, wenn gleich alle pathognomonischen Zeichen fehlen, doch sicher erkennen können. Wie sich die Symptome verhalten, wenn dieses Hirnleiden mit anderen Krankheiten komplizirt ist, werden wir in einer späteren Abhandlung näher nachweisen.

Was nun die Eintheilung der in Rede stehenden Krankheit in gewisse Stadien angeht, so ist diese, wenn gleich auch mehr willkührlich, doch keinesweges, wie man wohl behauptet, ohne allen Vortheil. Die einzelnen Perioden sind freilich nicht immer in der Natur ganz genau von einander geschieden, sondern gehen meistens durch kaum wahrnehmbares Fortschreiten der Symptome in einander über; allein in manchen Fällen können doch die Uebergangs-Perioden durch sichere Zeichen erkannt werden. Dieser Umstand, so wie die regelmässige Aufeinanderfolge der Symptome rechtfertigen wohl die Eintheilung der Krankheit in gewisse Stadien. Die Ursache aber, warum die einzelnen Perioden so trüglich in einander übergehen, dass man das Ende des einen Stadiums und den Anfang des anderen nicht immer gleich bemerkt, verdient noch genauer untersucht zu werden. Ob der Grund,

hiervon in der Krankheit selbst liege, oder aber auch auf Nebenumständen beruhe, ist zur Zeit noch nicht bis zur Evidenz erwiesen. Jedoch ist wohl zu berücksichtigen, dass die Symptome der einen Periode nicht plötzlich schwinden bei dem Eintreten der anderen, sondern noch kürzere oder längere Zeit neben einander fortbestehen. In der Natur finden wir nur zwei sich gerade entgegengesetzte Symptomen-Reihen, von denen die erstere auf einen mehr oder weniger hohen Grad von Irritation des Gehirns oder seiner Hüllen, die andere dagegen auf Oppression des sensoriellen Lebens hindeutet. Während man daher im Anfange dieser Krankheit Aufgeregtheit, Kopfschmerz, Schwindel, Schlummersucht, Lichtscheu, feines Gehör beobachtet, findet man im weiteren Verlaufe Apathie, tiefes Koma, Verlust des Sehvermögens und des Gehörs, Konvulsionen und Lähmung. Diese beiden strenge von einander geschiedenen Symptomen-Reihen, die sowohl in diagnostischer als auch prognostischer und therapeutischer Hinsicht gleich wichtig sind, rechtfertigen nur die Annahme von zwei Perioden. Allein erwägt man von der anderen Seite, dass die Symptome dieses Hirnleidens sich im ersten Beginn anders verhalten, als bei weiterem Fortschreiten der Krankheit, und auf dem Höhepunkte derselben wieder anders gestalten, als gegen das Ende, so scheint mir die Eintheilung in vier Stadien wohl begründet. Wir nehmen daher ein Stadium der Vorboten, der Irritation, der Sekretion, und endlich ein Stadium der Konvulsionen und Lähmung an. Eine solche Eintheilung ist zur Versinnlichung der Diagnose immer von einigem Werthe, wenn sie auch, wie alle anderen bisher statuirten Klassifikationen, ihre Mängel hat. Wenn auch nicht in allen Fällen Vorboten beobachtet werden, und wenn auch dieselben nicht mit Gewissheit den Ausbruch dieses Hirnleidens ankündigen, so treten sie doch häufig ein und verdienen, wo sie vorkommen, die grösste Aufmerksamkeit. Wir brauchen deshalb für das erste Stadium den allgemeinen Ausdruck „Vorboten", weil die Symptome anfangs, namentlich bei schleichendem Herannahen der Krankheit, noch nicht mit Sicherheit auf das in Rede stehende Hirnleiden schliessen lassen, indem die Zerebralsymptome noch nicht deutlich hervortreten oder von den Digestionsstörungen in den Hintergrund gedrängt werden. Der Grund, warum wir das zweite Stadium schlechthin die Periode der Irritation nennen, liegt darin, weil die Hirnreizung durch verschiedenartige Ursachen bedingt werden kann, sei es nur blosser Erethismus, oder aber eine entzündliche Aufregung des Gehirns oder seiner Hüllen, oder endlich tuberkulöse Ablagerung. Die Be-

zeichnung des dritten Stadiums mit dem Ausdrucke „Sekretion" ist in der Natur dieser Krankheit begründet. Wenigstens findet man in der Mehrzahl der Fälle eine Ansammlung seröser oder lymphatischer Flüssigkeiten, ohne dass man jedoch hieraus immer schliessen wolle, das Exsudat sei die Folge einer vorausgegangenen Entzündung. Was endlich das letzte Stadium angeht, so könnte man dieses wohl die Periode der völligen Oppression der Hirnthätigkeiten nennen; jedoch dürfte man dasselbe der besseren Versinnlichung halber am zweckmässigsten nach den beiden vorzugsweise hervortretenden Symptomen, den Konvulsionen und der Lähmung, bezeichnen.

Von grösserer Wichtigkeit, als die Klassifikation dieses Hirnleidens in Stadien, ist die Eintheilung desselben in gewisse Formen, die sowohl in diagnostischer als auch therapeutischer Beziehung strenge von einander geschieden werden müssen. Je nachdem sich das Eintheilungsprinzip entweder auf den Verlauf, oder auf den Ursprung, oder endlich auf den Sitz der Krankheit gründet, entstehen verschiedene Formen. Diejenige Eintheilung hat aber unstreitig den grössten Vorzug, welche das Wesen dieses Hirnleidens berücksichtigt und rationelle Heilanzeigen gewährt. Wir nehmen daher folgende zwei Grundformen an und unterscheiden diese wieder in gewisse Varietäten:

1. Die inflammatorische Grundform:
   a) *Hydrocephalus acutissimus.*
   b) *Hydrocephalus acutus.*
2. Die nervös-entzündliche Grundform:
   a) Erethische Form.
   b) Skrophulöse Form.

Der *Hydrocephalus acutissimus* oder die hyperakute Form wird nur selten Gegenstand ärztlicher Beobachtung und noch seltener Gegenstand eines erfolgreichen Handelns. In der Regel fallen hier Diagnose und Leichenöffnung zusammen. Einige halten diese Form für ein ursprüngliches, primäres Hirnleiden, und glauben, dass es sich von den anderen Varietäten nur durch die schnelle und plötzliche Ergiessung unterscheide und aus Ursachen hervorgehe, die unmittelbar auf das Gehirn wirken, nicht aber während des Verlaufes irgend einer anderen allgemeinen Krankheit auftrete. Andere dagegen sind der Meinung, diese Form sei weiter nichts als eine Metastase auf das Gehirn. Ist auch diese letztere Ansicht in der bei weitem grössten Mehrzahl der Fälle gerechtfertigt, so möchte man doch den idiopathischen Ursprung wohl nicht ganz leugnen dürfen. Die ersten Spuren der

hyperakuten Form sind zwar äusserst dunkel, jedoch mögen sie auch zuweilen wohl übersehen oder unrichtig gedeutet werden. Es ist wenigstens nicht recht wahrscheinlich, dass diese Krankheit erst dann entstanden sei, wenn sie nicht mehr verkannt werden kann. Man begreift auch kaum, wie die pathologischen Veränderungen, die sich oft in der Form von Erweichung und Tuberkeln vorfinden, in einer so schnell tödtlichen Krankheit erst seit ihrem deutlichen Auftreten gebildet sein können. Berücksichtigt man endlich, dass nicht selten skrophulöse Kachexie, Scharlach, Blattern, Masern, Rose oder irgend ein akutes Fieber vorhergehen, so dürfte man wohl auf einen Zusammenhang mit einem früheren Krankheitsprozesse schliessen.

Die akute Form hat zwar einen weniger raschen Verlauf, tritt aber doch unter heftigem Fieber und Kopfschmerz, Delirien, Schwindel, starken Kongestionen gegen den Kopf, Röthe der Wangen, Schlummersucht, Erbrechen, Stuhlverstopfung, sparsamer Urinaussonderung, mit einem Worte, sie tritt unter sogenannten tumultuarischen Symptomen auf, die ein entzündliches Leiden des Gehirns oder seiner Hüllen nicht verkennen lassen. Gerade diese Form bietet aber der Diagnose die wenigsten Schwierigkeiten dar, und kann zugleich noch am erfolgreichsten behandelt werden.

Die nervös-entzündliche Grundform dagegen stellt sich nicht allein unter trügerischen Symptomen schleichend und heimtückisch ein, sondern wird auch seltener mit einem so entschieden günstigen Erfolge behandelt, wie die akute Form. In dieser letzteren Form nimmt man wegen des stürmischen Auftretens der Krankheit in der Regel glecih ärztliche Hülfe in Anspruch, während man in jener Form die Veränderungen, die mit dem kranken Kinde vor sich gehen, entweder übersieht, oder aber für zu geringfügig achtet, als dass man ärztlichen Rath nachsuchen sollte, oder endlich das bisher leidliche Unwohlsein dem Zahnen, den Würmern oder leichten Digestionsstörungen, auf welche drei Affektionen man in der Kinderwelt so gern Alles schieben möchte, zuschreibt.

II. Analysen und Kritiken.

1. Ueber eine eigenthümliche Krupepidemie oder Diphtheropathie, welche in den Jahren 1841 bis 1844 in den Departements der Saone und Loire und dem der Nièvre herrschte, von Dr. D. Z. Daviot, Bezirksarzt zu St. Leger.

(Relation historique d'une épidémie de diphthéropathie, observée dans le dép. de Saone et Loire et de la Nièvre pendant les ann. 1841—1844, par D. Z. Daviot, M. D. Autun, 8, 1845.)

Mit den Ausdrücken: Diphtheropathie, *Stomatitis pseudomembranosa*, *Angina membranosa*, *Diphtheritis cutanea* ist eine Krankheit bezeichnet worden, welche, streng genommen, nichts Anderes ist als die gewöhnliche, nur durch verschiedene Umstände etwas modifizirte exsudative Entzündung, die, in den Luftröhrwegen sitzend, Krup, und im Munde und Pharynx sitzend, exsudative Stomatitis genannt wird, und von der es nur interessant ist, dass sie in den in der Ueberschrift erwähnten Gegenden von 1841 bis gegen Ende 1844 mit geringen Unterbrechungen epidemisch geherrscht hat. Da auch mit dieser Epidemie zu manchen Zeiten verschiedene Ausschläge vorhanden waren, die mehr oder weniger Aehnlichkeit mit Scharlach hatten, so bleibt die Frage, ob es nicht in den meisten Fällen *Angina scarlatinosa* gewesen ist; doch werden wir am besten klar darüber, wenn wir dem Autor dieses mit Umsicht und Fleiss abgefassten Schriftchens folgen. Nach der Angabe des Hrn. D. haben sich Krupepidemieen schon zu verschiedenen Zeiten im Lande Autun gezeigt. Man findet 4 solche Epidemieen in den Jahren 1782 — 1809 angegeben, von da an aber keinen Vermerk weiter bis zum Jahre 1841, in welchem Jahre die Krankheit von Neuem hervorgebrochen zu sein schien. Diese periodische Wiederkehr einer und derselben Krankheit, in langen Intervallen, aber in einer und derselben Gegend, ist um so merkwürdiger, als in dieser Gegend keine besonderen Lokalverhältnisse aufzufinden sind, denen man die Entwickelung dieser Krankheit zuschreiben kann, und als diese daselbst nicht nur nicht endemisch ist, sondern gerade umgekehrt, sporadisch so sehr selten vorkommt, dass einige ältere Aerzte dieser Gegend sich nicht erinnern konnten, einen Fall der Art gesehen zu haben. Vergeblich hat der Verfasser sich bemüht, in der Luft und

ihrem Wechsel, in den Winden, in der Temperatur oder in den klimatischen Verhältnissen die Ursachen der Epidemieen aufzufinden. Nur eins schien aus diesen Untersuchungen hervorzugehen, dass diejenigen Lokalitäten, welche dem Witterungswechsel am meisten ausgesetzt waren, die meisten Erkrankungen zählten, und dass während des Herrschens der Epidemieen, wie gewöhnlich, alle übrigen Krankheitsformen in den Hintergrund traten.

In der zuletzt dagewesenen Epidemie, welche mehrere Jahre hindurch mit geringen Unterbrechungen wüthete, befiel die diphtheritische Entzündung verschiedene Punkte des mukösen und kutanen Systems. Die *Diphtheritis pharyngea* war bei weitem die häufigste Form; sie herrschte so bedeutend vor, dass sie fast allein die Epidemie konstituirte. Nach dem Pharynx waren in Bezug auf die Häufigkeit die Organe in folgender Reihe ergriffen: die Kutis, die Laryngo-Trachealschleimhaut und die Mundschleimhaut. So war es in der einfachen Diphtheritis, aber in mehreren Fällen hat sich diese zugleich an mehreren Stellen im Organismus gezeigt; so haben wir im Verlaufe der Epidemie Fälle von Diphtheritis des Pharynx und der Kutis, des Larynx und der Kutis und des Pharynx beobachtet. Ihren Hauptcharakteren nach gehörte die diphtheritische Angina dieser Epidemie zur zweiten, von Bretonneau angegebenen Varietät, zu der *Angina membranacea scarlatinosa* oder der Fothergill'schen Angina. Der Ausdruck *Angina scarlatinosa* ist in so fern nicht richtig, als diese Art von Angina auch mit jeder anderen Eruption, als der Scharlacheruption, ja selbst unabhängig von jeder Eruption auftreten kann. Der Verf. denkt demnach, dass die Bezeichnung *Diphtheritis pharyngea epidemica* am besten wäre. Alle diese scholastischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Varietäten verschwinden übrigens während einer Epidemie, wo man sie alle beobachtet und wo sie durch allmälige Uebergänge und Zwischenformen fast unabgränzbar in einander übergehen. So hat der Verf. während derselben Epidemie eine grosse Anzahl von Fällen beobachtet, welche ganz das Gepräge der sporadischen *Diphtheritis pharyngea* hatten, und andere eben so häufige Fälle, die vollkommen die Fothergill'sche Form darbot, wenn man von der Scharlacheruption absah; in anderen Fällen endlich begann die Diphtheritis im Pharynx und erstreckte sich auf den Larynx, oder umgekehrt.

In Bezug auf den Uebergang des ersten Stadiums in das zweite wurde Hr. B. auf einen Umstand aufmerksam, der bis jetzt noch nicht

angemerkt worden zu sein scheint. Auf den Theilen, sagt er, welche der Sitz einer pseudomembranösen Ausschwitzung werden sollten, beobachteten wir immer eine neue durchsichtige, gleichsam ödematöse Röthung, die ganz so aussah, als wenn ein Stück Fleisch von kochendem Wasser gebleicht worden. Bald darauf erschienen dann auf den Mandeln, dem Zapfen, dem Gaumensegel, der hinteren Fläche des Pharynx u. s. w. isolirt stehende, zu gleicher Zeit oder nach und nach sich folgende, ganz kleine Bläschen, welche offenbar durch partielle Erhebung des Epitheliums sich bildeten, glänzend, weisslich waren, bald mit einander sich verschmolzen und sich dann in Stellen oder Flatschen umwandelten, welche ein speckiges Ansehen hatten, glatt, weisslich, gelblich oder bräunlich, unregelmässig, umschrieben, hervorspringend in der Mitte und verdünnt an den Rändern waren. Bisweilen blieben die primitiven Flatschen isolirt und schienen auf einer etwas vertieften Fläche zu ruhen. Diese Varietät zeigte sich besonders auf den Mandeln, welche dann ein sehr eigenthümliches Ansehen zeigten. Neben diesen vertieften diphtheritischen Stellen behielten die übrigen Organe ihre Anschwellung und ihre Röthe und die Oberfläche wurde daher buchtig.

Mit den pathognomonischen Lokalsymptomen verbanden sich allgemeine Symptome, die nicht sympathisch waren, als beträchtliche Aufgedunsenheit des Antlitzes, mehr oder minder intensives Fiebers, Puls meistens häufig, fast immer klein und zusammengezogen, selbst bei ganz wohl konstituirten Individuen, und es war dieses ein hervorstechender Charakter der epidemischen Diphtheritis; Kopfschmerz von von mehr oder minder langer Dauer; Zunge angeschwollen, mit einer dicken gelblichen Schleimschicht bedeckt; Uebelkeiten, Erbrechen sehr häufig; bisweilen phlegmonöse Abszesse in der Nähe der Drüsen oder in diesen selber. Endlich fanden sich auch diphtheritische Flatschen (*plaques*) auf verschiedenen Stellen des Körpers. Die Krankheit verschlimmerte sich schnell und konnte bisweilen schon in 36 — 48 Stunden ihren höchsten Grad der Intensität erreicht haben. Die Mandeln schwollen dann ungeheuer an, so dass sie bisweilen dem Durchgange der Luft und der Nahrungsstoffe ein mechanisches Hinderniss entgegensetzten.

Die Krankheit ging schnell einem tödtlichen Ende entgegen, wenn sie kachektische Subjekte befiel, bei denen die Pseudomembranen von Anfang an ein bräunliches Ansehen hatten. Meistens erfolgte der Tod nur zwischen dem 7ten — 10ten Tage. Der Tod erfolgte unter den

Zufällen einer wahren Asphyxie. Eine günstige Wendung der Krankheit trat ein, wenn die falschen Membranen sich nicht weiter ausdehnten; sie umgränzten sich dann mit einem rothen Kreise, hoben sich in die Höhe, lockerten sich und lösten sich in Fetzen los, indem sie einige Tröpfchen Blut ausschwitzten; die Fetzen wurden dann mit einem schaumigen, klebenden, zähen und stinkenden Speichel entleert.

Die Luftwege wurden im Verlaufe der Epidemie selten von der diphtheritischen Entzündung ergriffen; wenn es aber geschah, so waren alle charakteristischen Symptome des ächten Krups vorhanden.

Hr. D. hat mehr als einmal den Ausgang der *Angina exsudativa*, auf welchen Hr. Guersant mehrmals aufmerksam gemacht hat, bestätigt. Im Augenblicke nämlich, wenn diese Krankheit geheilt zu sein scheint, oder wenn die Genesung eintreten will, werden die Kranken von einer konsekutiven Bronchopneumonie befallen, die gewöhnlich eine duplex ist. Diese Komplikation ist gewöhnlich unbemerkbar herangeschlichen, und sobald die Kinder daran leiden, ist ihr Tod unvermeidlich.

Ist die *Diphtheritis pharyngea* ansteckend? Hr. D. glaubt es nicht und die vielen Thatsachen und Argumente, welche er zur Unterstützung seiner Ansicht vorbringt, scheinen wirklich darzuthun, dass, wenn im Verlaufe der Epidemie die Krankheit bisweilen auf dem Wege der Ansteckung sich zu übertragen schien, was indessen immer schwer zu beweisen war, so war auch dieses immer nur eine Seltenheit und eine Ausnahme gewesen.

Die Behandlung der *Diphtheritis pharyngea* ist für Hrn. D. der Gegenstand ganz besonderer Aufmerksamkeit gewesen, und es verdient dieser Theil seiner Arbeit eine um so grössere Beachtung, als die Therapie hier eine wesentlich aktive ist, und eben so schnell wie energisch eintreten muss. Nach vielem Hin- und Herschwanken, das während einer so langen Epidemie zu verzeihen ist, ist Hr. D. bei einer gemischten Medikation stehen geblieben, welche theils aus Mitteln besteht, die dazu dienen, die Entzündung zu bekämpfen, theils aus Lokalmitteln, die dazu dienen, die Pseudomembranen zu zerstören und den spezifischen Krankheitszustand der Schleimhaut zu modifiziren. Unter den Mitteln der ersten Ordnung nennt der Verf. besonders die allgemeine Blutentziehung, die vorzüglich bei den Kindern passt, die älter als 10 Jahre sind, und zwar in den beiden ersten Perioden der Krankheit, und in den Fällen, wo das Fieber ein sehr lebhaftes war; in denselben Stadien auch örtliche Blutentziehung, die in kurzen Inter-

wollen wiederholt wurden, bis das *Fieber* sich verlor und der örtliche Zustand sich besserte. Brechmittel wendet Hr. D. nur bei ganz kleinen Kindern an, und zwar bei solchen, bei denen die diphtheritische Entzündung entweder auf die Luftwege überzugehen droht, oder gar in den Luftwegen als ächter Krup beginnt. Was Abführmittel betrifft, so schienen sie ihm nirgends recht zu passen; er sah von ihnen nur eine Steigerung der Gastrointestinalreizung ohne irgend einen Nutzen für die Heilung. Ableitung der Blasenpflaster musste er verwerfen, da sie den grossen Nachtheil hatten, die *Diphtheritis cutanea* zu der *pharyngea* hinzuzufügen; dagegen zeigten sich die blos rothmachenden Mittel, so wie ferner die Einreibungen mit Brechweinsteinsalbe sehr nützlich.

Die örtliche Behandlung blieb aber neben der antiphlogistischen oder allgemeinen Behandlung die Hauptsache, und Hr. D. hat hier die verschiedensten Mittel versucht. Folgendes waren seine Resultate: 1) Der Alaun hat eine ganz gute Wirkung im ersten Stadium der Krankheit, aber darauf beschränkte sich seine Wirksamkeit; im zweiten und mehr noch im dritten Stadium der Krankheit that er Nichts. 2) Der Höllenstein wurde für die beiden letzten Stadien der Krankheit reservirt; dieses Mittel ist es, von welchem Hr. D. den meisten Erfolg gesehen hat. 3) Die Salzsäure ist theils mit dem Alaun in leichtern Fällen zugleich, theils auch wieder mit dem aufgelösten Höllenstein in den Fällen angewendet worden, wo es nicht möglich war, den Höllenstein in Substanz in den hinteren Theil des Rachens einzuführen; im Allgemeinen hat sich die Wirksamkeit der Salzsäure viel geringer gezeigt, als die des Höllensteins. 4) Vom Chlornatron und den anderen Chlorüren hat Hr. D. nichts Besonderes, was er loben könnte, gesehen. 5) Was die örtliche Anwendung des Kalomels betrifft, so hat ihn D. allein und theils auch, wie Bretonneau will, mit Zucker gemischt, als Einstreupulver angewendet; er hat aber Nichts davon bei der *Diphtheritis pharyngea* gesehen; dagegen schien ihm dieses Mittel bei der *Diphtheritis cutanea* sehr empfehlenswerth zu sein.

Die letzten Bemerkungen des Verf. beziehen sich auf die Verbindung der Affektion der Kutis mit der des Halses. In vielen Familien wurden mehrere Kinder zugleich von der Diphtheritis befallen, wovon häufig eins die Krankheit am Halse, ein anderes sie auf der Kutis, ein drittes sie nur in den Luftwegen, und ein viertes endlich sie entweder in allen diesen Theilen zugleich oder nach und nach hatte. Die Affektionen der Kutis zeigten sich bisweilen unter der Form von

Scharlachröthe; auf welche aber bald Ulzerationen folgte, oder sie begannen gleich mit Exkoriationen, welche mit einer Schicht Lymphe sich überzogen und bald das Ansehen von Geschwüren bekamen. Diese diphtheritischen Affektionen der Kutis wurden fast eben so behandelt wie die auf der Schleimhaut des Halses; Antiphlogistika und Emollientia fand der Verf. bei diesen Hautleiden nicht nur nutzlos, sondern auch schädlich.

Wir schliessen unsern kurzen Bericht über diese hübsche Arbeit mit der Bemerkung, dass Hr. D. seine Erfahrungen in der Epidemie theuer bezahlt hat, indem er nämlich selber 2 Kinder an der Krankheit verlor.

---

2. Ueber den Genuss der Kuhmilch als Ursache der Skrophelkrankheit.

(Ueber die Ansteckung und Verbreitung der Skrophelkrankheit bei Menschen durch den Genuss der Kuhmilch, vom Professor Dr. Med. Klencke, Leipzig bei Ch. E. Kollmann, 1846. 8. 90 S.)

Dieses, wie es scheint, mehr für Laien als für Aerzte geschriebene Büchlein ist dem Style und dem Namen nach sicherlich von keinem Andern als dem durch seine vielfache literarische Thätigkeit bekannten Hrn. Prof. Klencke in Braunschweig; wir kennen wenigstens keinen Andern dieses Namens.

Dieses Büchlein hat keine streng wissenschaftliche Exposition; es könnte, wenn es streng wissenschaftlich sein sollte, bündiger, schärfer und strenger auf die eigentlichen Hauptpunkte losgehend abgefasst sein, würde dann aber vermuthlich auf einen sehr kurzen Journalaufsatz sich reduzirt haben.

In dem, was der Verf. angiebt, liegt, wie sich gleich ergeben wird, viel Wahres, und da in der That die Kuhmilch ein weitverbreiteter Nahrungsstoff ist, so hat der Verf. von seinem Standpunkte aus recht gethan, ein besonderes Schriftchen daraus zu machen, das wir deshalb, eben weil es auf ein besonders schädliches Moment in der Ernährung der Kinder aufmerksam macht, wohl empfehlen können.

Der Inhalt dieses Büchleins ist folgender:

1. Die Kuhmilch ist ein sehr verbreiteter Nahrungsstoff für

Erwachsene, namentlich für Kinder, welche aufgefüttert oder von der Mutter entwöhnt werden.

2. Die Kuhmilch ist eben so wie die Menschenmilch und wie jede andere Thiermilch abhängig von dem Gesundheitszustande und der Ernährungsweise des milchgebenden Geschöpfes.

3. Während man bei der Wahl einer Amme mit grosser und gerechter Sorgfalt zu Werke geht und ihre Ernährung so wie die Ernährung einer säugenden Frau überhaupt zu regeln sich bemüht, denkt man weder an die Wahl noch an die Besichtigung und Untersuchung der Kuh, von der die Milch genommen wird; ja es fällt Keinem ein, auch nur die Milch selber untersuchen zu lassen, wenn sie nicht einen besonderen schlechten Nebengeschmack oder eine abweichende Farbe hat.

4. Es können aber unmöglich Kühe, die alt sind, oder solche, die nur auf Stallfütterung gehalten oder mit Trebern (Seit) oder Branntweinspülig (Schlämpe) genährt werden, sich in demselben Gesundheitszustande befinden und unmöglich dieselbe Art von Milch geben, als junge, lebensfrische Kühe, die naturgemäss auf Wiesen zur Weide gehen oder wenigstens gutes Heu oder getrocknete Kräuter zur Nahrung bekommen.

5. Fast alle Milch der Milchverkäufer kommt aber von Kühen, die auf erstere Weise ernährt werden, nämlich von den Kühen von Branntweinbrennern oder sogenannten Milchpächtern, welche auch keine andern Kühe benutzen, als die mit Trebern, Kartoffelschaalen, unbrauchbaren Kartoffeln, Abgang von Hülsenfrüchten, Kleie und dergleichen genährt werden und bei denen das Milchen so lange unterhalten wird, bis die Kühe in eine Art Marasmus verfallen, in der sie nur noch als schlechtes Schlachtvieh endlich dem Fleischer anheimfallen.

6. Die Milch dieser Kühe aber ist es, deren fortgesetzter Genuss eine Hauptursache der jetzt so häufigen und immer mehr zunehmenden Skrophelsucht ist.

Dieses sind die Behauptungen des Verf. Er stützt sie vorzüglich auf folgende Gründe: 1) Die Erfahrung habe gelehrt, dass Kinder von ganz gesunden Eltern skrophulös werden, sobald entweder in Folge der Entwöhnung oder in Folge irgend eines andern Umstandes Kuhmilch zu ihrer vorzüglichen Nahrung gemacht worden; 2) dass Kinder, die bis nach Entwickelung der ersten Zähne keine Spur von Skropheln hatten und auch gar nicht in solchen Verhältnissen lebten, die für die Erzeugung von Skropheln günstig waren,

dennoch Skropheln bekamen, nachdem sie durch irgendwelche Gründe auf den Genuss von Kuhmilch verwiesen worden waren; 3) eine Vergleichung der Kühe, welche auf Milchverkauf gehalten werden und welche gewöhnlich den grössten Theil des Jahres im Stalle verbleiben und fast immer mit Trebern oder dem von der Bierbereitung zurückbleibenden Malzschrote genährt werden, mit den Kühen, welche grünes Futter bekommen, freie Luft geniessen, gehörige Bewegung haben und durch das übermässige Milchen nicht erschöpft werden, eine Vergleichung dieser in verschiedenen Verhältnissen lebenden Kühe werde das hinlänglich beweisen.

A. Untersuchung der Milch von Kühen, die in verschiedenen Lebensverhältnissen sich befinden. Nach den Versuchen von Playfair soll der Fettantheil und der Antheil an Milchzucker durch Ruhe der Kuh im Stalle zunehmen und zwar wegen geringerer Sauerstoffannahme; indessen gilt dieses nur von der Nachtruhe nach einer Tagesbewegung. Dagegen wird die Fettabnahme der Milch sehr wahrnehmbar, wenn die Kuh durch längere Stallruhe von dem Genusse frischer Luft abgehalten und mancherlei organische oder Funktionsstörung erlitten hat. Der Verf. untersuchte die Milch von einer Anzahl Kühen, die in ganz verschiedenen Verhältnissen lebten, und kam zu folgenden Schlüssen: 1) Die Milch der Kühe zeigte bei der Stallfütterung immer weit ungünstigere Mischungsverhältnisse als die Milch von weidenden Kühen. 2) Die ungünstigsten und gerade zu abnormen Mischungsverhältnisse der Milch zeigten sich immer bei der künstlichen Stallfütterung mit dem Branntweinspülig und dem Kartoffelabgange. 3) Die damit längere Zeit gefütterten Kühe, welche die unter 2 gemeinten abnormen Michbestandtheile verriethen, zeigten in ihrem Organismus eine vollständig ausgebildete Skrophulosis und Tuberkulosis.

„In grossen Städten, fügt der Verf. zu diesen Schlüssen hinzu, halten fast alle Branntweinbrenner und auch viele Brauer Kühe, um sie mit dem Abfalle ihres Betriebes zu füttern, und viele Personen beziehen von solchen schlecht ernährten Kühen die Milch. Hieraus erklärt sich zur Genüge, warum die Milch der von uns beobachteten unter sehr ungünstigen aber üblichen Lebenseinflüssen stehenden Kühe meist sehr fettarm war. Das Vorkommen von Albumin in der Milch, der Salzmangel, das auffallende Abnehmen des Kaseïn war die letzte Folge dieser ungünstigen Lebenseinflüsse, sie waren die Symptome einer ausgebildeten Skrophelkrankheit, bei welcher überhaupt Kaseïn in das Gewebe infiltrirt wird, und wo das Blut arm an Salzen und überreich an Albumin sich darstellt. Da ferner in der Skrophelkrankheit nachgewiesen ist, dass der geringe Salzgehalt des Blutserums die Um-

wandlung der während des Verdauungsprozesses sich bildenden, aus Stickstoff, freien Nahrungssubstanzen hervorgehenden Milchsäure in Kohlensäure und Wasser stört, so ist auch hieraus zu erklären, warum die Milch solcher skrophulösen Kühe so häufig sauer reagirt. Was nun die Wirkung solcher Milch skrophulöser Kühe auf die Kinder betrifft, so behauptet der Verf., solche Erfahrungen gemacht zu haben, die ihn durchaus nicht zweifeln lassen, dass diese Milch in ihnen die Skrophelkrankheit hervorgerufen habe."

Er erzählt mehrere Fälle, die dies beweisen sollen, und die wir in dem Büchlein selber nachzulesen bitten.

„Ich habe hier, sagt er, in möglichster Kürze die auffallendsten Erscheinungen, wie sie sich an den 16 Kindern darstellten, mitgetheilt; es sind von mir noch viele andere Fälle beobachtet worden, auch haben befreundete Praktiker auf meine Veranlassung ihre Aufmerksamkeit ebenfalls auf diesen wichtigen Gegenstand gelenkt und in neuster Zeit manchen Beleg zu der infizirenden Eigenschaft der Kuhmilch erhalten. Besonders habe ich in Uebereinstimmung mit anderen Aerzten einen Einfluss der fehlerhaften Milch auf die Entwickelung der Knochen beobachtet. Der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung, zwischen Lebensweise der Kuh und der unter diesen Einflüssen produzirten Milch, zwischen dieser Milch und dem Gesundheitszustande der Konsumenten liegt zu offen am Tage, als dass man Grund haben könnte, entfernter liegende Ursachen aufzusuchen, die übrigens auch in den angegebenen Fällen nicht aufgefunden zu werden vermochten."

Dass eine abnorme Kuhmilch einen eben solchen nachtheiligen Einfluss auf die damit genährten Kinder haben muss, wie eine abnorme Muttermilch, braucht nicht erst gesagt zu werden.

„Es ist bekannt, dass das Kolostrum für das Kind purgirende Eigenschaften hat; wie schädlich muss nun eine Kuhmilch wirken, die in ihren chemischen Bestandtheilen nicht nur grosse Aehnlichkeit mit der Mischung des Kolostrums in angegebenen Fällen nachwies, sondern die nebenbei ganz abnorme, fremdartige Bestandtheile enthielt. Es ist ferner bekannt, dass die Milch um so nahrhafter wird, je länger sie in den Brüsten der Mutter verweilt und dass eine schwache Milch dem Säuglinge Hautblässe und sehr häufige Diarrhoe verursacht. Welche Wirkungen müssen wir nun von einer Kuhmilch erwarten, welche an sich schon sehr dünn ist, weil sie nicht lange im Euter verweilt, indem dem Kuhbesitzer der grösste Milchertrag am erwünschtesten ist; wie störend muss eine solche Milch ferner werden, wenn, wie früher gefunden worden, die nährenden Stoffe sehr spärlich vorhanden und nebenbei noch fremde, die Ernährung beeinträchtigende Stoffe zugegen sind."

Schon eine normale Kuhmilch unterscheidet sich bedeutend von einer normalen Muttermilch, wie viel mehr erst eine abnorme Kuhmilch. Wir wollen hier übersichtlich aus dem Büchlein die Analyse zusammenstellen:

Gute Frauenmilch im Mittel, nach Fr. Simon.		Gute Kuhmilch im Mittel.
Wasser	88,76	85,9
Käsestoff	3,40	7
Butter	2,53	3,93
Milchzucker und Extraktivstoffe	4,96	2,87

Währenddem eine gute Frauenmilch höchstens 11,24 feste Bestandtheile, hat Kuhmilch deren 14,1 und zwar einen weit grössern Antheil an Käsestoff und Butter und einen weit geringeren an Milchzucker. Gute Kuhmilch ist also viel fetter und schwerer verdaulich für die kleinen Kinder, als gute Muttermilch. Wie wird erst die durch unziemliche Ernährung der Kühe veränderte Kuhmilch wirken? Darcet fand, dass diejenigen Kühe, welche in Ställen eingeschlossen leben, fast durchgehends eine saure oder noch sehr wenig alkalisch reagirende Milch liefern, während die Kühe, welche im Freien und auf guten Weideplätzen lebten, stets eine sehr alkalische Milch produzirten.

Wir wollen hier nachholen, was wir absichtlich übergingen, was aber jetzt der Vergleichung wegen hierher gehört. Der Verf. untersuchte unter andern die Milch einer Kuh, die im Sommer auf die Weide ging, im Winter aber Stallfütterung hatte, und dann die *Milch* von Kühen, die nur Stallfütterung hatten; wir wollen die erstere und von den andern die letzte Kuh in Bezug auf die Analyse der Milch hier zusammenstellen.

	Milch der Kuh A.		Milch der Kuh G.		
	Sommer: Weide, grüne Kräuter als Futter.	Winter: im Februar, nur Stallfütterung, wenig grüne Kräuter.	Nur Stallfütterung, Sommer und Winter, wenig grüne Kräuter.		
Wasser	85,9	87			78
Käsestoff	7	9	3,2		
Butter	3,93	1,70	2,2		5,4
			Ausserdem:		
Milchzucker und Extraktivstoffe	2,87	2,30	Albumin		15,2
Feste Bestandtheile	14,1	13	Elaïn		1,4
	100	100			100

Die Milch der letzten Kuh, welche sich in den ungünstigsten äusseren Verhältnissen befand, zeigt also Milchzucker gar nicht, dagegen sehr viel Albumin und etwas Elaïn, — eine schlecht beschaffene, man

möchte sagen, — skrophulöse Milch. Solche Milch muss allerdings nachtheilig für die Kinder sein, indem sie einen schlechten Nahrungsstoff darbietet. Ob aber, wie der Verf. behauptet, „die von diesen (unter schlechter Stallfütterung lebenden skrophulösen, tuberkulösen) Kühen kommende Milch die Ansteckbarkeit in sich tragen muss," ist eine grosse Frage, die wir sehr bezweifeln müssen, wenn wir nicht die Begriffe mit einander verwechseln wollen. Ansteckung ist die Uebertragung eines Giftstoffes, der genau dieselbe Krankheit in dem andern Individuum wiedererzeugt. Angenommen nun, eine so schlecht beschaffene Kuhmilch erzeuge bei einem Kinde Skropheln, so erzeugt sie dieselbe doch nur wie hundert andere, die Ernährung und Sanguifikation beeinträchtigende Einflüsse, aber nicht wie ein *Virus sui generis*. Von Ansteckung des Kindes von der Kuh durch ihre Milch sollte der Verfasser hier nicht sprechen, denn es würde dieses ein sehr kühnes, gewagtes, durch Nichts erwiesenes Dogma einschliessen, nämlich das Dogma von der Ansteckungsfähigkeit der Skropheln.

Wir schliessen unsere Analyse dieses, übrigens sehr beherzigenswerthen Schriftchens mit folgendem Resumé des Verfassers:

1. „Es ist eine für den Organismus und die Milchproduktion der Kühe durchaus nachtheilige Lebensweise, wenn die Kuh auf der Stallfütterung steht und der Bewegung der freien Luft, den Einflüssen des Sonnenscheins und der duftenden, manche Kräuterarznei für den Thierinstinkt darbietenden Wiese entzogen wird."

2. „Eine Kuh, welche wenig Heu oder Grummet erhält, namentlich von dem Abgange der Branntweinbrennereien, Bierbrauereien und von Kartoffeln und Runkelrüben vorzugsweise leben, und dabei ohne frische Luft und Bewegung im Stalle bleiben muss, erkrankt sehr leicht und zeigt ihrem kranken Zustande gemäss eine alienirte Beschaffenheit der Milch."

3. „Kühe können unter den angegebenen Verhältnissen in einen wahren skrophulösen und tuberkulösen Zustand gerathen, der sich bei einer Sektion deutlich zu erkennen giebt."

4. „Solche Kühe produziren eine abnorme Milch, deren Genuss bei Kindern deutliche Erscheinungen von sich entwickelnden Skropheln und allmälig eine vollständige Skrophulosis verursacht."

5. „Eine mikroskopische sowohl als chemische Untersuchung der Milch lässt schon die abnorme Beschaffenheit derselben erkennen und mit Sicherheit auf die Lebensweise und den alienirten Zustand der Kuh zurückschliessen."

6. „Eine gesunde Kuh, welche in den Sommermonaten die Weide besucht und auch im Stalle während der Winterzeit hinreichend Heu und Grummet erhält, und dabei oft der freien Luft ausgesetzt und zu der nöthigsten, körperlichen Bewegung gezwungen wird, zeigt nie eine abnorme Milch."

7. „Die auffallendsten Erscheinungen in der Milch skrophulöser

Kühe sind ausser der Abnahme des Fettes und der Käsestoffes, sowie der Salze, Vorhandensein von Albumin und von freiem Fette (Elain), sowie endlich die Gegenwart einer freien Säure (Milchsäure). Als abnorm sind dann auch die in der Milch solcher Thiere vorkommenden Epitheliumzellen und Schleimkugeln, wie auch Eiterkugeln, zu bezeichnen."

Wir danken dem Verf., dass er diesen Gegenstand so lebhaft angeregt hat, und es wird sicherlich die Pflicht jedes gewissenhaften Arztes sein, dass er auch auf die Beschaffenheit der den Kindern zu reichenden Kuhmilch sein Augenmerk richtet, und wir stehen daher nicht an, dieses Büchlein Aerzten und Kinderpflegeanstalten ernstlich zu empfehlen.

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hotel-Dieu* in Paris (Klinik von Prof. Roux).

Ueber die Hasenscharte und über die dagegen vorgeschlagenen Operationen.

„Meine Herren! Wir benutzen die Aufnahme eines mit einer einfachen Hasenscharte behafteten Kranken in unsere Anstalt, um daran einige Betrachtungen über das Uebel und über die dagegen empfohlene Operationsweise zu knüpfen. Die Operation der Hasenscharte ist sicherlich eine der einfachsten Operationen der Chirurgie, und scheint schon seit vielen Jahren ihren Gipfelpunkt und ihren höchsten Grad der Vollkommenheit erreicht zu haben. Es scheint, dass auf dem Punkte, bis zu welchem die Operation der Hasenscharte gelangt war, die Chirurgie nichts weiter zu thun hätte als den hergebrachten Regeln zu folgen, moechten sie Irrthümer in sich schliessen oder nicht; nur in den letzten Zeiten ist in dem operativen Theile der Lehre von der Hasenscharte eine kleine Umwälzung eingetreten und hat zu Kontroversen Anlass gegeben, welche noch in dem Augenblicke, in dem wir hier dies sprechen, andauern und wovon die Diskussionen in der Akademie der Medizin, die vor wenigen Monaten stattgefunden haben, Zeugniss ablegen. Wir werden bald auf diesen Punkt zurückkommen."

„Der Fall, den wir hier vor uns haben, meine Herren, ist, wie bereits gesagt, einer der einfachsten; wir sehen bei unserm Kranken nichts weiter als eine einfache angeborene Spaltung der Oberlippe. Diese Spaltung ist unvollständig, d. h. sie nimmt nicht die ganze Höhe der Lippe von ihrem freien Rande bis zum Nasenloche ein, und wir haben noch auf den Umstand aufmerksam zu machen, dass diese einfache Spalte bei unserm Kranken an der rechten Seite sitzt. Die einfache Hasenscharte an der rechten Seite ist zwar nichts Unerhörtes, aber es hat die Erfahrung und die Vergleichung einer grossen Anzahl von Fällen ergeben, dass die einfache Hasenscharte viel häufiger links vorkommt als rechts. Dieser Umstand ist unzweifelhaft und dennoch ist es nicht leicht, einen peremtorischen Grund für diese Eigenthümlichkeit anzugeben. Indessen sucht man bis zu einem gewissen Grade aus den Theorieen, die wir über die ersten Ursachen der Deformitäten, zu denen die Hasenscharte gehört, sich eine Erklärung dieser Sonderbarkeit zu verschaffen. In der That hat man nicht angestanden, die Hasenscharte als das Resultat einer gehemmten Ausbildung, einer sogenannten Bildungshemmung zuzuschreiben, und anzunehmen, dass die primitiven Bildungskräfte nicht immer in gleichem Grade, sondern dass sie in den beiden Hälften unsers Körpers mit verschiedener Energie thätig sind."

„Die beiden Hälften des Körpers haben eine ungleiche Bildungskraft und zeigen daher auch eine ungleiche Entwickelung, oder wenigstens eine ungleiche Lebensenergie. Wir finden in uns ganz gewöhnlich eine bedeutend überwiegende Thätigkeit und Kraft in der rechten Körperhälfte, wenigstens scheint es uns so der Fall zu sein. Wenn dem wirklich so ist, so ist leicht zu begreifen, dass bei den Fehlern, welche aus einer zurückbleibenden Ausbildung entspringen, die linke Körperhälfte, wo das Leben weniger energisch ist, mehr daran leiden muss als die rechte, und in der That auch sind alle Bildungsfehler weit häufiger links als rechts. Wären wir nicht durch die Zeit gedrängt, so würden wir die Gelegenheit ergreifen, vor Ihnen einige Betrachtungen über die Qualität unseres Körpers anzustellen, Betrachtungen, die nicht ohne Interesse sein würden; indessen gehen wir lieber zur praktischen Seite des Gegenstandes über."

„Es bietet nämlich dieses mit Hasenscharte behaftete Kind noch einen Umstand von ganz anderem Interesse dar. Vor 2 Jahren nämlich haben wir einen Bruder dieses Kindes wegen derselben Deformität operirt; nur war bei ihm die Hasenscharte keine einfache, unkomplizirte,

wie bei diesem Kinde, sondern sie war eine doppelte und zwischen den beiden Spalten der Lippe machte der die Schneidezähne tragende Zwischenkieferknochen einen beträchtlichen Vorsprung. Damals zur Zeit der Operation, war das Kind eben so alt wie das jetzt vor uns befindliche, nämlich 7 — 8 Monat. Als seine Mutter es uns brachte, bot es wirklich dem Blicke eine wahrhaft monstruöse Missgestalt dar, und seine Eltern bezeigten uns den lebhaftesten Wunsch, an ihm die Operation vorzunehmen, worein wir gern willigten, da wir die Operation für vollkommen indizirt hielten."

„Wir erinnern nur, dass wir, wie es bisweilen wohl indizirt ist, nicht versuchen wollten, den kleinen mittleren Lappen oder vielmehr die Art Warze, welche die beiden Spalten zwischen sich liessen, zu erhalten. Wir zogen es vor, diese Art Warze fortzuschneiden und so eine sehr komplizirte doppelte Hasenscharte in eine einfache umzuwandeln, deren obere Ränder in Folge der Entfernung des kleinen Mittelhöckers viel weiter von einander entfernt waren als die unteren Ränder. Ich machte zu dieser Zeit gerade einige Versuche mit einem neuen, von Dr. Clemot in Rochefort erdachten und seitdem von Neuem von Hrn. Malgaigne empfohlenen Verfahren. Dieses Verfahren besteht in Folgendem: Statt die Spaltränder, wie bisher, mit Scheere oder mit Messer von unten nach oben abzutragen, beschneidet man sie von oben nach unten, ohne jedoch den Schnitt bis gerade zum Rande der Lippe, d. h. bis dahin, wo er mit dem Spaltrande zusammenstösst, und ohne den so gebildeten kleinen Lappen ganz loszulösen. Es verbleibt von dem Lappen ein kleiner Stiel, so dass, wenn die beiden Spaltränder einander genähert werden, auch die beiden Ueberreste der kleinen Lappen mit ihren blutigen Flächen aneinander kommen und in der Mitte des freien Randes der Lippe einen kleinen Höcker bilden, welcher den kleinen Höcker, den man hier bei gesunden Lippen sieht, ersetzen soll. Auf diese Weise vermehrt man nicht nur merklich die Höhe der Lippe, sondern man giebt ihr auch eine Form, die der der wohlgestalteten Lippen weit näher steht."

„Wir haben dieses Verfahren bei einem jungen Menschen versucht, bei dem wir vollständig und vollkommen unser Ziel erreicht haben. Bei dem bereits erwähnten Bruder dieses Kindes wurde die Operation mit der grössten Sorgfalt gemacht, aber wir erlangten nicht ganz genau das, was wir erreichen wollten. Der von dem kleinen Kranken empfundene Schmerz scheint nicht übermässig gewesen zu sein; er verlor wenig Blut während der Operation; aber das Kind

verschluckte das Blut, welches ihm in den Mund gerathen war, und wurde ohnmächtig, ein Zufall, der bei einem Erwachsenen von geringer Bedeutung wäre, der aber bei einem 7 Monate alten Kinde immer von grosser Wichtigkeit ist. Die Ohnmacht war der Art, dass wir das Kind für todt hielten; man spritzte ihm kaltes Wasser in das Antlitz, brachte es ans offene Fenster, aber vergebens. Schnell brachte ich einen weiblichen Katheter in den Kehlkopf, sog daran und brachte das Kind zum Leben; ich zog auf diese Weise einen Blutklumpen heraus, der während der Operation in den Kehlkopf gerathen und eine Ursache des Scheintodes geworden war, denn es war bei diesem Kinde ein Scheintod und nicht eine Ohnmacht. Sowie der Luftkanal wieder frei war, stellte die Athmung sich wieder ein und das Kind kam zum Leben wieder zurück."

„Das erste Mal gelang die Operation nicht, obwohl alle Vorsichtsmassregeln getroffen worden waren und das Kind in sehr gutem Zustande sich befand. Die beiden Spaltränder wuchsen nicht aneinander und die Spalte verblieb. Man brachte uns das Kind ungefähr 1 Jahr nachher wieder; es war nun 18 Monate alt. Die Texturen hatten mehr Konsistenz erlangt und waren fester geworden; das Kind war kräftig; die Gesundheit vollständig. Wir machten nun die Operation von Neuem; dieses Mal war sie einfacher und leichter; es brauchte in der Mitte jetzt weder mehr ein Höcker weggenommen, noch einer gebildet zu werden. Wir beschränkten uns auf eine blosse Sutur, nachdem wir die Spaltränder auf ganz gewöhnliche Weise erfrischt hatten. Der Erfolg war ganz nach Wunsch."

„Das Kind, meine Herren, welches wir jetzt zu operiren haben, ist von derselben Mutter. Giebt es irgend eine Ursache, welche auf diese beiden, demselben Blute entsprossenen Kinder gemeinsam gewirkt hat? Wir wagen es nicht, uns darüber auszusprechen. Erblichkeit ist hier nicht in Betracht zu ziehen; es sind gewissermaassen Familienfehler, aber nicht ererbte Fehler."

„Eben diese die Erblichkeit oder die Familienfehler betreffende Frage ist von der grössten Wichtigkeit, und man kömmt, indem man ihr nachgeht, zu sehr sonderbaren und sehr interessanten Thatsachen. Vor einigen Jahren brachte uns ein Mann sein Kind, um dasselbe wegen Hasenscharte zu operiren. Etwa 12 — 15 Jahre vorher hatte dieser Mann selber einer eben solchen Operation sich unterworfen. Wie einst beim Vater, so war auch nachher beim Kinde die Hasenscharte eine doppelte mit einem Mittelhöcker auf den Schneidezähnen.

Uebrigens hatte der Vater an jeder Hand 6 Finger und an jedem Fusse 6 Zehen; auch das Kind war 6fingrig und 6zehig. Es ist unmöglich hier eine Vererbung zu verkennen; dem Zufalle allein kann man unmöglich diese Sonderbarkeiten zuschreiben."

„Uebrigens bringt uns das eben Erzählte zu einer Bemerkung, die vielleicht nicht ohne Interesse ist. Sollte es nämlich nicht möglich sein, dass in solchen Fällen die Mutter wirklich einen Einfluss auf die Frucht in ihrem Leibe ausübe, dass nämlich die Gemüthsaufregungen, Leidenschaften und Phantasieen mancherlei Art, von denen die Frauen während der Schwangerschaft heimgesucht werden, auf das Kind in ihrem Schoosse einwirken und in demselben Bildungsstörungen hervorrufen? Mit einem Worte: ist das sogenannte Versehen der Schwangern wirklich ganz grundlos? Die Wissenschaft muss sich nach den Untersuchungen, die sie angestellt hat, dagegen, nach den vielen überraschenden Thatsachen, die die Erfahrung gesammelt hat, dafür erklären. In der That kommen Fälle vor, die höchst überraschend sind, und die, wenn man sein Auge vor der Erfahrung nicht geradezu schliessen will, das sogenannte Versehen deutlich darthun."

„Indessen führt uns diese Betrachtung zu weit von unserem Gegenstande ab; ich will deshalb lieber einige Worte über die Zeit sagen, wann die Operation der Hasenscharte vorzunehmen ist. Das Kind, das wir vor uns haben, ist 7 Monate alt; es ist kräftig und wohlgestaltet; es ist in einem Zustande zu uns gebracht worden, der für die Operation nicht günstiger sein konnte. Ungeachtet der Autorität des Herrn Dubois, ungeachtet seiner Ansicht über die Möglichkeit, die Hasenscharte bei ganz kleinen Kindern zu operiren, und über die Vortheile, welche eine so frühzeitig unternommene Operation haben soll, haben wir sie doch nur in sehr wenigen Fällen und dann auch auf vieles Bitten der Anverwandten gemacht. Selbst in diesen wenigen Fällen haben wir uns immer nur auf die einfache Hasenscharte beschränkt, die weder mit Spaltung des Gaumengewölbes noch des Gaumensegels verbunden war. Ein neugeborenes Kind ist unserer Ansicht nach nicht im Stande eine Operation zu ertragen, die länger dauert und schwieriger ist als die einer einfachen Hasenscharte."

„Vor Kurzem war ich gezwungen, den Bitten eines Elternpaares nachzugeben, um ein Kind zu operiren, welches eine einspaltige Hasenscharte mit Auseinanderstehen des Gaumengewölbes und der Alveole hatte. Man brachte mir das Kind, indem man mich ersuchte, die Operation sogleich zu machen. Ich hatte dazu wenig Lust, indessen gab

ich den dringenden Bitten der Eltern nach, machte diese aber auf die möglichen Folgen aufmerksam. Es trat hier ein sehr sonderbarer Umstand ein, den ich zum ersten Male wahrnahm. Man konnte während des ersten Moments nach der Operation das Kind nicht saugen lassen, weil der Verbandapparat die Bewegung des Saugens verhinderte. Man versuchte das Kind mit Kuhmilch zu ernähren; das Kind verfiel in eine ausserordentlich grosse Schwäche. Diese Schwäche musste natürlich auf die erfolgte Operation Einfluss haben; in der That unterblieb auch alle Verwachsung mit Ausnahme einer kleinen schmalen Brücke zwischen den Spalträndern. Ich hoffte nun nichts mehr von der unternommenen Operation und schickte das Kind mit den Eltern nach Hause, indem ich diesen empfahl, dem Kinde sobald wie möglich Muttermilch zu geben. Nach 14 Tagen ungefähr brachten sie mir das Kind wieder, und ich war höchst überrascht, an demselben eine vollkommen verwachsene Spalte zu erblicken. Seit dieser Zeit habe ich das Kind mehrmals wieder gesehen; es ist grösser geworden; die Hasenscharte ist vollkommen geheilt, obwohl die Lippe nicht besonders schön aussieht."

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Ueber Verbrennungen und Verbrühungen im kindlichen Alter, deren ernstliche Folgen und Behandlung.

Seit dem Anfange dieses Schuljahres sind in der Abtheilung des Hrn. Guersant, welche bekanntlich die chirurgischen Säle der Kinderhospitals in Paris begreift, sehr viele Fälle von Verbrennungen vorgekommen. Obwohl der Prof. in jedem einzelnen Falle seine Ansichten hier und da aussprach, so hatte er bis dahin doch nicht Gelegenheit genommen, den Gegenstand in einem Vortrage unter einen allgemeinen Gesichtspunkt zusammenzufassen. Auf wiederholtes Ersuchen seiner Zuhörer aber benützte er einen eben in das Hospital gebrachten Knaben, der sich die Hand verbrannt hatte, um den Wünschen seiner Zuhörer, so weit seine Zeit es ihm gestattete, zu genügen.

„Die Verbrennungen," sagt der Prof., „wenigstens diejenigen, die bei

„Kindern vorkommen, — denn, wenn auch bei Erwachsenen Dasselbe sich ereignet, so hat es doch meist immer andere Folgen und gestaltet sich auch oft immer anders, — die Verbrennungen, sagen wir, die bei Kindern vorkommen, sind in 3 Abtheilungen zu bringen, oder vielmehr, sie bilden nach ihrer Ausdehuung und ihrem Grade 3 verschiedene Kategorieen."

„Erste Kategorie. Voran stellen wir gleichsam den höchsten Grad darbietend diejenigen Verbrennungen, welche mehr als die Hälfte des Körpers oder wenigstens die Hälfte des Körpers betroffen haben. Diese Verbrennungen oder Verbrühungen, die fast immer tödtlich sind, kommen in den grössern Städten vorzugsweise des Winters vor, besonders während eines strengen und langen Winters; im vergangenen Jahre ist ihre Zahl gering gewesen, weil der Winter milde war; in unserem Hospitale haben wir nur 3 Fälle gehabt, 2 bei Mädchen und 1 bei einem Knaben. Diese grossen Verbrennungen entstehen gewöhnlich auf folgende Weise: Fast alle Frauen der Arbeiterklassen haben die Gewohnheit, oder sind vielmehr dazu gezwungen, des Morgens wegzugehen, um entweder gewisse übernommene Besorgungen zu erfüllen oder ihren Tagesbedarf einzukaufen. Während ihrer Abwesenheit lassen sie ihre Kinder allein in den Zimmern, wo entweder im Kamin oder in einem von innen zu heizenden Ofen Feuer angemacht ist; die Kinder spielen mit dem Feuer, es ergreift ihre Kleider oder sie fallen in dasselbe hinein. Ihr Geschrei wird vom Rauche erstickt, und wenn endlich Jemand herbeieilt, findet er die Kinder über und über verbrannt. Diese grossen Verbrennungen sind nicht immer von gleicher Bedeutung, sie nehmen nicht immer dieselbe Parthie ein; bisweilen ist das Antlitz, bisweilen die Brust, bisweilen der Bauch, bisweilen sind die Gliedmaassen der Sitz der Verbrennung. Bei einer auf solche Weise geschehenen Verbrennung findet man bisweilen einzelne Stellen, die förmlich verkohlt sind, die nicht nur durch die Haut, sondern durch die unterliegenden Texturen durchgebrannt erscheinen. Bei Kindern mit solcher Verbrennung bemerkt man immer eine äusserst grosse Schwäche, einen Zustand von vollständiger Prostration; das Kind klagt nicht im Geringsten; es athmet mit grosser Mühe, ist bisweilen von Krämpfen ergriffen, hat manchmal Erbrechen und stirbt meistens binnen 24 Stunden nach dem Zufalle. Diese erste Kategorie begreift also diejenigen Fälle, welche die übelste Prognose darbieten und wo die Behandlung, wie man leicht begreift, sehr wenig vermag. So traurig aber auch die Aussicht ist, so wenig darf man säumen,

Dasjenige zu thun, was eine Milderung oder vielleicht einige Besserung verspricht. Man umgiebt den Körper mit loser Watte oder gekrämpelter Baumwolle; man darf bei so bedeutenden Verbrennungen nicht daran denken, kaltes Wasser anzuwenden; die Kinder sind schon kalt, wenn man sie uns bringt, und wenn etwa eine Indikation zu suchen wäre, so bestände sie eher darin, die Kinder zu erwärmen. In der Möglichkeit, dass später eine Reaktion eintreten könnte, würde die Kälte eher nachtheilig als nützlich sein. Man lässt so verbrannte Kinder etwas Beruhigendes nehmen; allein meistens hat auch dieses keinen Erfolg; man gelangt selten dazu, einen zweiten Verband zu machen, der Tod erfolgt fast immer zwischen der ersten und zweiten Visite."

„Zweite Kategorie. Diese begreift Verbrennungen von geringerer Ausdehnung, die aber noch bedeutend genug sind, um in die grösste Gefahr zu setzen, und die oft mit dem Tode endigen. Wir haben in unseren Sälen fast immer eine Anzahl von Fällen dieser Art. Jetzt haben wir hier ein 5 — 6 Jahre altes Mädchen, welches auf die schon erwähnte Weise eine Verbrennung erlitten hat. Die Verbrennung ist zwar nicht allgemein, aber doch bedeutend genug; sie nimmt die rechte Hälfte der Brust ein, fast den ganzen rechten Arm und eine Seite des Kinns. Einige geringe Spuren von Verbrennung zeigen sich auf dem linken Arm und auf der linken Hand. Der Zustand des Kindes ist sehr bedenklich, indessen ist die Verbrennung doch nicht von der Art, dass der Tod nothwendigerweise folgen muss, oder wenigstens, dass der Tod binnen 24 Stunden eintreten werde, wie es bei den früher erwähnten Verbrennungen der Fall zu sein pflegt."

„Wir haben in unserm Hospitale jetzt noch ein anderes Beispiel. Es ist dieses ein Knabe fast von demselben Alter; er ist ins Feuer gefallen und hat eine Verbrennung der rechten Seite des Körpers, der Brust und auch eines grossen Theils des rechten Armes erlitten. Bei beiden Kindern sind die Verbrennungen sehr bedeutend, jedoch nicht von der Art, dass sie schnell den Tod herbeiführen müssen. Was geschieht aber hier, und was müssen wir unter solchen Umständen thun? Sobald die Kinder ankommen, verbinden wir sie mit aufgelockerter, aufgezupfter Baumwolle; aber bevor wir die Baumwolle auflegen, bedecken wir die wunden Stellen mit gefensterter, mit einem beruhigendem Zerat bestrichener Leinewand. Wir finden die aufgezupfte Watte ausserordentlich nützlich bei Verbrennungen; sie bildet

gewissermassen ein grosses Plümeau, das sich überall anschmiegt und doch im Ganzen abnehmen lässt; ausserdem ist natürlich die Watte ökonomischer und billiger wie Scharpie, die man in grossen Massen gebrauchen würde."

„Gewöhnlich erneuern wir solchen grossen Verband nur alle 2 Tage, und zwar deshalb, weil es keine schmerzhaftere Verbandanlege giebt, als die bei Verbrennungswunden. Ist man bei der Erneuerung auch noch so behutsam und sanft, so stossen die Kinder ein wahrhaft herzbrechendes Geschrei aus; der Schmerz, den sie dabei empfinden, versetzt sie in eine Aufregung, die nicht ohne Gefahr ist und die ihren Zustand um Vieles verschlimmert. Sobald die Wunden nicht mehr zu stark eitern, kann man die Baumwolle ganz ruhig 2mal 24 Stunden auf den verbrannten Stellen liegen lassen. Sobald man sie erneuert, muss es auf dieselbe Weise und nach denselben Grundsätzen geschehen."

„In der allgemeinen Behandlung richten wir uns nach dem Zustande der Kranken und nach der Intensität der Reaktionserscheinungen, welche die kleinen Kranken darbieten. Bei sehr ausgedehnten Verbrennungswunden pflegt ein Fieber von mehrtägiger Dauer vorhanden zu sein; meistens bekommen die Kinder eine mehr oder minder heftige Diarrhoe. Ist das Fieber nicht sehr heftig, so geben wir den Kindern ernährende Dinge, sobald wir es vermögen, weil die starke Eiterung sie schwächt und wir ihnen daher Ersatz verschaffen müssen; die Nahrung muss jedoch eine mild verdauliche sein: Reiswasser, Milchsuppen, Eiersuppen und dergleichen. Bei Verstopfung geben wir milde Klystiere oder eine Dosis Rizinusöl in dünner Fleischbrühe. Hat der Kranke gute Leibesöffnung ohne Diarrhoe, so gestatte ich ihm etwas weisses Fleisch."

„Sind die augenblicklichen Gefahren überwunden, so sind es die Folgen, die Besorgniss erregen müssen. Manche der so verbrannten Kinder gelangen über alle Gefahren hinaus; sie bekommen keine Diarrhoe, haben nur wenig Fieber und beruhigen sich nach der Aufregung, die der erste Verband gemacht hat, bald wieder. Die Wunden bekommen ein gutes Ansehen, es bildet sich eine ganz gute Nahrung und es tritt die erwünschteste Heilung ein. Es sind dieses freilich die seltensten Fälle. In sehr vielen anderen Fällen aber bleiben die Kranken 2 — 2½ Monate in unsern Sälen und sterben endlich nach Verlauf mehrerer Monate abgeschwächt durch die sehr grosse Eiterung. Geht der Kranke zur Heilung, so muss man die grösste Vorsicht

gebrauchen, damit sich nicht zellige oder zellig-fibröse Hautbrücken bilden, die oft die Folgen ausgedehnter Verbrennungen sind und die dann nachher schmerzhafte und, nicht immer mit Erfolg gekrönte, Operationen erfordern. Aus dem Grunde wenden wir das von Autoren bei Verbrennungen Erwachsener, wo Hautbrücken sich bilden wollen oder zu fürchten sind, empfohlene Verfahren an. Es besteht einfach darin, die Parthieen, die mit einander verwachsen wollen, von einander getrennt und entfernt zu erhalten. Ist der Arm der Sitz einer ausgedehnten und tiefen Entzündung, so entfernen wir ihn vom Rumpfe; den Vorderarm erhalten wir gestreckt. Kurz, indem wir nicht gestatten, dass die Theile, die eine Verbrennung erlitten haben, sich berühren, verhüten wir die Adhäsionen und die durch die Narbenbildung verursachten Verkürzungen. Wie man bei Verbrennungen der Finger, der Zehen, der Augenlider, der Mundwinkel, Lippen und Wangen, des unteren Theils des Kinnes u. s. w. in dieser Absicht verfährt, braucht nicht erst gesagt zu werden. Man findet darüber Angaben bei allen Autoren; was hier von Erwachsenen gilt, gilt auch bei Kindern. Wir müssen jedoch eines Umstandes gedenken, der nur auf Kinder Bezug hat und die Verbrennungen des Antlitzes und Steisses betrifft. Wenn die Sitzbacken und die Umgebung des Afters oder die äusseren Genitalien der Sitz der Verbrennung sind, so kann man nicht denselben Verband wie bei anderen Theilen des Körpers anwenden und auch nicht wie bei Erwachsenen. Die Anwendung der Baumwolle würde hier grosse Beschwerde haben, denn sie würde immer mit Urin befeuchtet sein und folglich höchst reizend auf die Brandwunden wirken. Deshalb lassen wir hier die Watte weg und bepudern die Stellen mit Kartoffelmehl oder gewöhnlicher Stärke. Mitten am Tage und des Abends waschen wir dann mit einem feinen, in Altheewurzelabkochung getauchten Schwamme die so bepuderten Stellen ab, trocknen dann sanft und leise die Wunden, und bepudern sie nun von Neuem mit Mehl. Dadurch wird verhütet, dass das Mehl Krusten bildet und dass der Eiter nachtheilig auf die Wunden wirkt. Es giebt für Verbrennungen in der Nähe der Vulva bei kleinen Mädchen kaum eine bessere Behandlung. Jedes andere Verfahren giebt den Wunden hier bald einen sehr übeln Charakter."

„Haben wir mit Verbrennungen des Antlitzes bei Kindern zu thun, so bedienen wir uns ebenfalls des Bepuderns mit Mehl, bisweilen aber auch des aus Oel und Kalkwasser bereiteten Liniments. Es braucht nicht gesagt zu werden, dass, wenn die Verbrennungen in der

Nähe der natürlichen Oeffnungen sich befinden, die grösste Sorge getragen werden muss, die Verschliessung dieser Oeffnungen oder auch ihre Verengerung zu verhüten; in Nase, Mund, Gehörgang, After, Vulva schieben wir demnach mit Cerat bestrichene Scharpiewieken ein, die aber so gross sein müssen, dass sie die Oeffnung möglichst ausgedehnt erhalten."

„Dritte Kategorie. Diese begreift die umschriebenen, begränzten Verbrennungen. Hier haben wir fast niemals übele Folgen zu fürchten, aber man muss deswegen doch auf das Sorgfältigste bemüht sein, die Verunstaltungen, die daraus hervorgehen könnten, zu verhüten. Vor einigen Tagen wurde uns ein Kind gebracht, welches sich sämmtliche Fingerspitzen einer Hand verbrannt hatte; nach Aussage der Eltern soll das Kind Frost an den Fingern gehabt haben, und um den Frost zu vertreiben, hätten sie das Kind die Hand in warmes Wasser tauchen lassen; das Wasser sei aber so heiss gewesen, dass, als das Kind die Hand herauszog, die Finger sich voll Blasen zeigten. Es scheint uns dieses aber nicht glaublich; denn wäre das Wasser so heiss gewesen, um eine Verbrennung zu bewirken, so hätte das Kind beim Eintauchen der Hand aufgeschrieen und diese schnell zurückgezogen. Aber die Finger hatten nicht blos Brandblasen, sondern sie waren zum Theil verkohlt, und wir sind ungeachtet des Leugnens der Eltern überzeugt, dass das Kind mit den Fingern ins Feuer gefallen ist. Die Verbrennung ist übrigens so bedeutend gewesen, dass die ersten Phalangen der vier Finger sich abstiessen, so dass wir sie, da sie nur noch an einigen Lappen hingen, ganz wegzuschaffen suchten. Trotz dessen befindet sich das Kind ganz vortrefflich; die Wunden zeigen ein gutes Ansehen; Fleischwärzchen kommen überall zum Vorschein. Wir verbinden einfach mit Leinwand, die mit Cerat bestrichen ist, und bemühen uns, die Bildung von Hautbrücken zu verhüten, indem wir die Hand flach auf ein Brett mit auseinander gespreizten Fingern aufgebunden haben. Verkürzungen und Verwachsungen können sich nun nicht bilden."

„Sind die Verbrennungen sehr beschränkt, so hat man bisweilen Gelegenheit, Refrigerantien mit Nutzen anzuwenden. Es ist hier nicht wie bei Verbrennungen der ganzen Körperoberfläche oder einer sehr bedeutenden Strecke derselben, wo die Anwendung der Kälte noch jeden Rest einer sich entwickelnden Reaktion ersticken kann. Finden wir bei beschränkten Verbrennungen kaltes Wasser indizirt, so lassen wir während der ersten Zeit Scharpie, darin eingetaucht, auflegen;

nach Verlauf von 24 — 48 Stunden, sobald wir entzündliche Symptome nicht mehr fürchten, benutzen wir mit Vortheil das Chlorwasser, falls wir Gangrän fürchten oder die Wunden ein übeles Aussehen annehmen, oder Zitronensaft, wenn wir die Stellen etwas anregen wollen."

„Eigentlich müssten wir in diesem kurzen Ueberblick der Verbrennungen auch noch der Folgen, namentlich der Verunstaltungen gedenken, die sie nach sich ziehen, indessen würde uns das zu weit führen. Im Allgemeinen sind die Verunstaltungen, wenn auch nicht immer, so doch meistens die Folge schlechter, unvorsichtiger Behandlung, und es ist Sache der operativen Chirurgie, sie zu beseitigen. Ich unterscheide 3 Operationsmethoden: die Durchschneidung, die Ausschneidung und die Hautbildung durch Autoplastik. Bisweilen treten 2 oder 3 dieser Methoden mit einander verbunden ein; jedenfalls kann ich mich hier auf die Betrachtung derselben nicht einlassen."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1 Ueber den Missbrauch der Blasenpflaster bei kleinen Kindern.

Hr. Quiet erweist in einem langen Artikel in der *Gazette médicale de Paris* folgende Sätze:

1. Dass die Natur in der Heilung der Krankheiten einen Weg einschlägt, der uns meistens unbekannt ist und den die Kunst nicht nachzuahmen vermag.

2. Dass der unüberlegte Gebrauch der Blasenpflaster bei Kindern auf vorgefassten falschen Ideen beruht, und dass weder Erfahrung noch Theorie einen solchen Missbrauch entschuldigt.

3. Dass bei den akuten Krankheiten der ersten Kindheit die Vesikatorien Zufälle sehr ernster Art herbeiführen können, und dass ihr Nutzen noch keineswegs so weit erwiesen ist, um zu ihnen mit grossem Vertrauen seine Zuflucht nehmen zu können.

4. Dass die chronischen Krankheiten, welche unglücklicherweise

sich sehr oft mit einer skrophulösen Dyskrasie verbinden, ganz unnütz sind; ja dass sie hier selbst gefährlich deshalb sind, weil sie eine pathologische Sekretion herbeiführen, die zur Gewohnheit werden und die man nachher nicht ohne Gefahr unterdrücken kann.

5. Dass man jedenfalls, wenn man auch nicht ganz für die Verwerfung der Blasenpflaster in der Kindheit stimmen will, sich doch dagegen erheben mus, sie immer und überall als Ableitungsmittel zu benutzen.

---

2. Mittheilung einer neuen zuverlässigen Heilmethode der Skropheln.

In Casper's Wochenschrift vom 9. Mai findet sich ein Aufsatz von dem durch mehrere wissenschaftliche Arbeiten bereits wohlbekannten C. W. A. Richter in Woldek, aus welchem Aufsatze wir folgende Sätze zusammenstellen:

1. Wie in früheren Jahrhunderten, namentlich zu Zeiten Ludwigs XV., die Gicht sehr häufig gewesen, so sind es jetzt die Skropheln.

2. Die Umgestaltung der Sozialverhältnisse und damit der Lebensweise der Menschen hat diese Veränderung herbeigeführt.

3. Die Skropheln sind keine neue Krankheit, aber es ist gewiss, dass sie im Verlaufe der letzten 4 — 5 Dezennien viel häufiger beobachtet und erforscht worden sind, als früher, entweder weil diese Krankheit in der That viel häufiger vorkommt, oder auch, weil sie früher mit anderen Krankheiten verwechselt worden ist, wie dies auch mit verschiedenen Krankheiten geschehen ist.

4. Ueber den Grund der grösseren Häufigkeit der Skropheln ist man verschiedener Ansicht. Einige, mit A. F. Hecker an der Spitze, scheinen die Syphilis und Skropheln für eine und dieselbe Krankheit zu halten, und zwar letztere gleichsam als einen Sprösling der ersteren. Andere schreiben der Einführung der Schutzpocken die grosse Häufigkeit der Skropheln zu, indem sie glauben, dass früher die ächten Pocken, wenn sie wütheten, alle schwächlichen skrophulösen Kinder wegrafften. Wieder Andere schreiben der Einführung der Kartoffeln und der weiten Verbreitung dieses Nahrungsmittels die Häufigkeit der Skropheln zu.

5. Alles dieses scheint auf irrigen Voraussetzungen zu beruhen. Die eigentliche Ursache der Skropheln ist wohl in unseren veränderten Lebensverhältnissen zu suchen, in der bei langdauerndem Frieden überall gesteigerten Industrie, in der Anlage von Fabriken, in der Zunahme der Städte durch grössere Anbauten, in den zunehmenden geistigen Anstrengungen der Kinder, anhaltendem Schulbesuche und dergleichen.

6. Wenn gegen solche Einwirkungen der Arzt nichts zu thun vermag, wenn er also die Entstehung der Skropheln nicht verhüten kann, so lässt sich dagegen nichts weiter thun, als sie zu heilen, wo sie sich darstellen.

Nachdem der Verf. so weit gekommen ist, erweist er, dass es zwar verschiedene recht gute Heilmittel gegen die Skrophelsucht giebt, dass aber diese Heilmittel keinesweges von der Art sind, um sie als allgemeines Hausmittel oder diätetisches Mittel einführen zu können.

Der Verf. empfiehlt als ein treffliches Mittel die Kreuznacher Elisabethquelle innerlich genommen, und die KreuznacherMutterlauge äusserlich angewendet, wodurch sehr übele Drüsenanschwellungen in kurzer Zeit beseitigt sein sollen. Auch das Seebad, überhaupt der Aufenthalt an der See, ist nach ihm ein ausgezeichnetes Mittel gegen die Skropheln, was auch von anderen Seiten her längst bestätigt ist.

Das Sodawasser ist ein Mittel, das bei richtigem Gebrauche, wie der Verf. sagt, nicht nur alle früheren Mittel an günstiger Wirkung übertrifft, sondern auch den Vortheil gewährt, dass es in allen Altersstadien des Kindes und zu jeder Jahreszeit in Anwendung gebracht werden kann. „Nach meiner Erfahrung", sagt der Verf., „sieht man die guten Wirkungen des Sodawassers gegen die Skrophulosis hauptsächlich dann hervortreten, wenn man es in folgender Weise anwenden lässt. In Familien, wo die Skropheln heimisch sind, wird der Ausbruch derselben bei den später nachfolgenden Kindern verhütet, wenn die nährende Mutter oder Amme während der Stillungsperiode das Sodawasser in folgender Weise gebraucht: Etwa 30 — 50 Minuten, bevor die Nährende den Säugling an die Brust legt, trinkt sie ein gewöhnliches Weinglas voll Sodawasser und setzt dieses 4 Wochen lang fort. Ausser dem Endzwecke, den Säugling vor Skropheln zu schützen, erreicht man dabei noch die überraschende Nebenwirkung, eine sparsame, dürftige Michsekretion sich auffallend vermehren zu sehen, und den Säugling vor der Bildung übermässiger Säure in den ersten Wegen, durch welche bekanntlich gewöhnlich die Koliken und grünen Durchfälle desselben entstehen, zu schützen."

Alle diese Mittel jedoch bilden nicht das, was man ein diätetisches Verfahren nennt und was im Bereiche Jedermanns liegt. Dagegen nennt Hr. R. ein Verfahren, das sehr wirksam ist und Manchen vielleicht nur zu einfach erscheint; dieses Verfahren besteht nämlich in der methodischen Abwaschung mit grüner Seife. Der Verf. behauptet, dass er seit mehreren Jahren damit nicht nur die Skropheln verhütet, sondern auch eingewurzelte Skrophelformen geheilt habe, und zwar ohne Mitbenutzung irgend eines anderen Mittels.

Dieses Verfahren ist bequem und nicht kostspielig und nicht störend. Die Abwaschung geschieht am besten des Abends vor dem Schlafengehen, damit die Kinder wenigstens im Winter nicht genöthigt sind, nach der vorgenommenen Abwaschung der Luft sich auszusetzen. Zu einer Abwaschung, welche sich über Hals, Rücken, Brust, Bauch und Gliedmaassen erstreckt, muss etwa 2 Loth Seife genommen werden, die in lauem Wasser von 10 — 12 Grad R. aufgelöst wird. In dem Gehalte an Kali und an schwefelsaurem Eisen sieht der Verf. die wirksamsten Bestandtheile die Seife.

---

3. Ueber die Behandlung der Bronchitis bei ganz jungen Kindern.

In der *Lancet* setzt Hr. Thomson eine Behandlung auseinander, die uns deutschen Aerzten gewiss ein wenig zu derb erscheinen wird. Wenn das Kind erst seit Kurzem ergriffen ist und in der Brust sehr beengt erscheint (*stuffed at the chest*), wenn Puls und Athem sehr häufig sind und die Hautwärme gesteigert ist, so giebt er Kalomel und Ipekakuanha, von jedem $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Gran alle 3 — 4 Stunden, und zwar Kindern von 2 — 3 Wochen bis zu 2 — 3 Monaten; 1 Gran von jedem dieser Mittel Kindern von 3 — 12 Monaten. Wenn die erste Dosis Erbrechen erwirkt, die andern aber alle zurückbehalten werden, so ist dies sehr gut, denn dann und wann Erbrechen ist sehr nützlich, um den zähen Schleim zu entfernen; da der Husten, die Athmungsbeschwerde und die anderen Symptome gewöhnlich gegen Abend und während der Nacht übler werden, aber gegen Morgen und während des Tages eine Remission zeigen, so sollten das Kalomel und pekakuanha während der grössten Exazerbation fortgesetzt werden;

während der Remission aber alle 2 — 3 Stunden einen Theelöffel voll von folgender Mischung:

℞ *Vini Ipecacuanh.* ℥ij,
Vini stibiati ℥j,
Morphei muriatici,
Tinctur. Hyoscyam. āā min. xx,
Syrup. de Tolu ℥ß,
Aqu. commun. ℥iß.
M.

Der Mastdarm muss mit Klystieren von warmem Wasser und Milch versehen und das Kind zu Bette gebracht werden; Kopf und Schultern müssen erhaben liegen, weil sonst die Anstrengung beim Husten und der Auswurf ganz umsonst sind. Hr. Th. will, dass, wenn das Kind gesäugt wird, die Säugende es zu sich ins Bett nehme, besonders während kalter Witterung, um das Kind gehörig warm zu halten, was er für viel besser hält, als wenn zu diesem Zwecke das Zimmer sehr warm gemacht wird.

---

4. Auszug aus dem Berichte des Sekundararztes Dr. J. Th. Schidler über das Kaiserl. Findelhaus zu Wien vom Jahre 1844.

(Schluss, s. Bd. VI. Heft 3. S. 226.)

Diarrhöen. Die dyspeptischen Durchfälle, bestehend in dünnen molkenähnlichen Ausleerungen, waren besonders häufig unter den künstlich aufgefütterten Kindern; die katarrhalische Diarrhoe bei geimpften, an Broncho- oder Ophthalmoblennorrhoe leidenden Kindern und sonst noch häufig in Folge von Erkältungen. Spezifischen Durchfall der Neugeborenen nennt Hr. Sch. das, was man bei Erwachsenen typhösen Zustand nennen würde; wenigstens geht dieses aus den von ihm angegebenen Leichenbefunden hervor; dieser Durchfall herrschte in den heissen Monaten epidemisch und raffte viele Kinder weg. Dysenterische Durchfälle kamen selten vor.

Krankheiten der serösen Häute. Wichtig war die Peritonitis, die primär in Folge angeborener Blutkrasis, sekundär der

Nabelgefässentzündung, Periorchitis und dem Rothlauf sich beigesellend. — Pleuritis und Perikarditis selten und sich dann immer deutlich charakterisirend. — Meningitis: „Die subtilen Unterscheidungen der Autoren zwischen Meningitis, Hyperämie, Hydrokephalus und selbst der Apoplexie rücksichtlich ihrer diagnostischen Momente fallen am Krankenbette der Säuglinge wenigstens sammt und sonders über den Haufen. Hat doch die Hyperämie, die man als das erste Stadium aller dieser Krankheitsformen bezeichnen kann, selbst keine bestimmten Charaktere. Das Alter übt hierauf nicht geringen Einfluss aus. Eine Hyperämie von solcher Intensität, wie sie bei Neugeborenen häufig ist, wird bei älteren Kindern schwerlich so lange anhalten, ohne drohende Hirnsymptome, profuse Exsudate und den Tod hervorzurufen, während sie bei den Neugeborenen noch nach 14tägiger Dauer mit Genesung endigt oder ohne anderweitige Metamorphose tödtet."

Krankheiten der Gefässhäute. Obwohl unter allen Fötalwegen am frühesten sich schliessend, stellten doch die Nabelgefässe den Heerd der hier bei weitem zahlreichsten Entzündungen dar, und zwar hier besonders die Arterien, deren Lumen an der Knickungsstelle oder an den Nabelenden, bisweilen auch in ihrer ganzen Ausdehnung durch blutige oder eiterige Massen oft ansehnlich erweitert war. Heilung meistens durch Entleerung des Eiters nach aussen, oder vielleicht durch Resorption; tödtlich wurde die Nabelgefässentzündung nur bei schwächlichen Kindern, durch hinzukommende Peritonitis oder durch andere Komplikationen. Phlebitis selten. Lymphgefässentzündung im Gefolge der eben genannten Nabelgefässentzündung bei Peritonitis.

Krankheiten der Knochen. Die gehemmte Entwickelung der Schädelknochen sprach sich theils durch verminderten Umfang derselben im Allgemeinen aus, indem die Fontanellen und Nähte bei normalem Umfange des Schädels ungewöhnlich gross oder in Ueberzahl vorhanden waren, oder sie sprach sich durch abnorme Dünne der Wandungen aus, so dass die Knochenwinkel, besonders die an der hinteren Fontanelle, beim Fingerdruck knisterten und eine papierähnliche Konsistenz zu haben schienen. „Als jene Form von Kraniotabes, welche mit Resorption der aufgelockerten und infiltrirten Knochensubstanz einhergeht, macht sich ein angeborener Knochenschwind bemerkbar, dessen von Ophthalmie und Soor begleiteten Uebergriffe Nabelbrand und Pneumonie ein tödtliches Ende machten. Die Spitze des Hinterhauptknochens und die entsprechenden Winkel der Seitenwändbeine waren, im Umfange eines Silbergroschens, an mehreren Stellen entweder

gänzlich durchlöchert oder doch dem Durchbruche nahe und zum Theil mit einer röthlichen Sulze ausgefüllt, während die papierdünnen Zwischenbrücken zahllose Sprünge durchzogen. Auf ähnliche Weise vielleicht entstehen in Folge jener hämorrhagischen Niederschläge, die zu beiden Seiten der Pfeilnaht und der Parietalhöcker auf der äusseren und inneren Knochenlamelle fast an jedem zehnten Neugeborenen gefunden werden und eine mindere Stufe des Thrombus repräsentiren, die zahlreichen Osteobresen geringeren Umfanges, welche durch den Druck hervorgebracht als siebartig durchlöcherte Vertiefungen beider Platten sich darstellten. In einem Falle war die partielle Aufsaugung der innern Schädelwand offenbar durch Hypertrophie des Gehirns bewirkt worden."

„Das eben besprochene Leiden, das charakteristisch sein sollende Bohren und Reiben mit dem Hinterhaupte, ist Patienten mit langwierigen Augenschleimflüssen im hohen Grade eigen und überhaupt bei atrophischen Kindern nicht selten, ohne dass sich am Schädel etwas Krankhaftes vorfindet, obwohl Blennorrhoe im Allgemeinen als Ausdruck einer qualitativ veränderten Plastizität in einem gewissen Zusammenhange mit der Kraniotabes stehen mag."

„Jener Schädelschwind, welcher ganz auf Kosten der Weichtheile des Knochens stättzufinden scheint, dessen Substanz alsdann trocken und spröde sich darstellt, wurde an einem 13monatlichen Kinde, woselbst der Rhachitismus schon im 4. Monate durch Verkrümmung der Vorderarmknochen sich aussprach, gefunden. Es überschritt der Schädel nirgends Kartenblattdicke und war an der Spitze der Lambdanaht von zahlreichen Einschnitten mehr als zolltief durchdrungen. Seine Kapazität war eher verringert; die Fontanellen klein.

Hautkrankheiten. Das Erysipelas häufig, meist primär, öfters tödtend durch Komplikationen, bisweilen phlegmonös, entsprang in manchen Fällen von Schädelfissuren, Operationswunden, eiternden Nabelgefässen; in den meisten Fällen aber schien es von Erkältung oder kosmischen Einflüssen herzukommen. Gelbsucht, vom dritten bis zum fünften Lebenstage meist ein ganz unschuldiges Farbenspiel der bei der Geburt stattfindenden Blutstase der Haut. Oft aber trat sie im Gefolge der Nabelgefässentzündung auf, komplizirte sich mit Rothlauf, Soor und Ophthalmie und ging in hoher Intensität und rascher Tödtlichkeit mit Vereiterung der Nabelvenen einher, wie sie sich überhaupt grossen Eiterablagerungen beigesellte. An der Brust verlor sie sich

von selbst; bei künstlich aufgefütterten Kindern ging sie gewöhnlich in Kraniotabes über.

„Der Zellgewebeverhärtung, deren seltenes Vorkommen bei uns im Vergleich mit anderen Anstalten billig verwundern muss, haben wir durch Ausmerzung aller hierher nicht gehörigen Krankheitsformen viel engere Gränzen, als gewöhnlich zu geschehen pflegt, gezogen. Rothlauf und Sklerom, entzündlicher und nicht entzündlicher Exsudativprozess, häufig von Pathologen und fast immer von Anatomen ver- verwechselt, sind recht gut nach Symptomen und Verlauf, kaum aber an ihren Produkten zu unterscheiden. Valleix macht die Verwirrung nicht besser. Das Oedem muss ausgeschieden werden, denn bei diesem geht die eigenthümliche Struktur des Zellgewebes, das ganz in eine gallertartige Masse aufgelöst erscheint, verloren; der Schnitt entleert klares wässriges Serum, welches leicht und vollkommen ausfliesst, während das Zellgewebe, aus wenigen, locker verfilzten Fäden bestehend bis zum Verschwinden zusammensinkt. Beim Sklerom hingegen erscheint das Zellgewebe hypertrophisch, die einzelnen Körner getrennt, geschwellt und durchfeuchtet, ihre Zwischenräume von gallertig-albuminösem Fluidum getrennt. Zwei Zustände, die die eben besprochene Verhärtung an Lebenden in der That zu repräsentiren scheinen, gehören durchaus nicht hierher. Der eine Zustand wird an wohlgenährten, pastischen, fettreichen Kindern nach- profusem Säfteverlust in Folge von serösen Ausschwitzungen in die Meningen und Hirnventrikel, von akuter Diarrhoe, Verblutungen und Schlagflüssen herbeigeführt und charakterisirt sich durch grosse Trockenheit und Blässe des festen derben, hammeltalgähnlichen *Panniculus adiposus;* letzterer, wobei die Haut glatt, hart und an die Muskeln gleichsam angeleimt erscheint, durch auffallende Anämie derselben neben Mangel an Serum, und kommt bei Soor, so wie bei typhösen und chronischen Durchfällen vor."

Wir übergehen das Folgende, was Hr. Sch. über die chronischen Hautausschläge der Kinder sagt. Die *Syphilis congenita* scheint er zu leugnen, aus dem einfachen Grunde, weil von einer grossen Zahl von syphilitischen Müttern nie ein Kind geboren wurde, das gleich syphilitisch zur Welt kam; allein schon anderweitig, namentlich aber von neuern Syphilidologen ist dargethan worden, dass die *Syphilis intra uterum* oder die eigentliche *Syphilis congenita* gerade fast nur durch den an konstitutioneller Syphilis erkrankten zeugenden Vater hervorgerufen werde, nicht aber, oder wenigstens sehr selten durch die an allge-

meiner, besonders aber an primärer Syphilis erkrankte konzipirende Frau. Das Argument des Hrn. Sch. erweist also nichts.

Die kleinen Abschnitte über Neurosen und Missbildungen enthalten nichts Besonderes, das wir hervorzuheben brauchten. Nur bemerken wir, dass, wie sich erwarten lässt, der Leichenbefund bei Trismus und Eklampsie sehr verschiedene Veränderungen theils im Gehirn, theils in anderen Organen darbot.

V. *Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.*

A. *Westminster medical Society* in London.

Ueber Abszessbildung im Herzen bei einem 13jährigen Knaben.

Hr. Chance berichtet folgenden interessanten Fall. Er wurde am 24. Dezember gerufen, um die Leiche eines Knaben zu untersuchen, welcher etwas plötzlich und unerwartet an Symptomen gestorben war, die man sich nicht deuten konnte. Er fand dort einen Arzt vor, welcher den Knaben eine Zeit lang behandelte, und erfuhr nun folgende Geschichte. R. P., 13 Jahre alt, ein lebhafter Knabe, aber zart gebaut, von skrophulöser Konstitution, befand sich am 21. Dezember in bester Gesundheit und ass noch ein gutes Mittagsmahl. Nach dem Mittagessen klagte er über Schmerzen im Magen und im Kopfe, aber da man dieses für nichts hielt, schickte man ihn aus. Gegen 5 Uhr kam er zum Thee zurück, nachdem er etwa eine Stunde abwesend gewesen. Beim Thee schien er ohne Schmerzen zu sein und genoss ihn mit vielem Appetit. Gegen 8 Uhr Abends ging er zu Bette, aber er hatte noch nicht lange gelegen, als er zu schreien anfing und seine Schwester um ein Waschbecken bat, weil er Uebelkeit fühlte. Er erbrach jedoch nicht früher als gegen 2 Uhr Morgens, nachdem er durch wiederholtes Aufschreien seine Geschwister um sich versammelt hatte. Was er erbrach, waren die Speisen vom vorigen Tage; nach dem Erbrechen legte er sich ermattet nieder, ohne zu sprechen, und deckte sich selber zu, und da der Bruder ihn schläfrig glaubte, so ging auch er zu Bette. Gegen Morgen wollte der Bruder

ihn wecken, um ihn an die Arbeit zu bringen, aber da er ihm tief eingeschlafen zu sein schien, so liess er ihn liegen. Etwa 1 — 2 Stunden später ging der Bruder abermals ans Bett, fand aber den Knaben noch immer in demselben Zustande, nämlich, wie er sagte, in einem halb betäubten, halb unbewussten Zustande, weder geneigt zu sprechen noch sich zu bewegen. Die Schwester aber wurde durch diesen Zustand beunruhigt und sprach mit der Mutter, die sogleich den Arzt herbeirufen liess. Der Arzt Hr. Rey giebt an, dass er den Knaben halb betäubt und durchaus abgeneigt ein Wort zu sprechen gefunden habe. Der Knabe war bleich und ohnmächtig, der Puls schnell und unbestimmt, die Zunge dick belegt, in der Mitte mit einem bräunlichen trockenen Rande. Der Knabe sah sehr leidend aus, und als man ihn drängte zu antworten, sagte er nur, er befände sich übel und habe Magenschmerzen. Auf einen Druck in der rechten Weiche schrie er auf, weil es ihm Schmerz zu machen schien, aber er bot sonst nichts Besonderes dar. Er sah, wie gesagt, wie ein blasser, kränklicher und angegriffener Knabe aus, Erscheinungen, die man mehr auf Rechnung des stattgehabten Erbrechens schreiben konnte. Hr. R. sendete einige Arznei, aber es konnte ihm nichts beigebracht werden, weil er den Mund fest geschlossen hielt. Als er ihn später besuchte, fand er ihn aufsitzend, aber noch fast ganz in demselben Zustande. Es wurden nun die Versuche gemacht, ihm die Arznei *tropfenweise* einzuflössen und ihm etwas davon zwischen die Zähne zu bringen. Hierauf folgte ein Aufstossen und ein Erbrechen von ungefähr einem Esslöffel voll grüner galliger Materie. Gleich nachdem Hr. R. ihn wieder verlassen hatte, wurde er allmälig immer übler, und dann, als er endlich gegen 2 Uhr Nachmittags wieder kam, fand er ihn in einem Zustande von vollkommenem Koma mit verengerten Pupillen, festgeschlossenem Munde, welcher allen Versuchen, ihn zu öffnen, widerstand, dabei einen sehr schnellen, kaum zählbaren Puls und dann und wann krampfhafte Bewegungen in den Händen und Füssen.

Am Dienstag Morgen fand Hr. R. den Knaben in demselben Zustande, nur noch mit mehr Krämpfen behaftet, und auf der linken Wange, dicht über dem rechten Wangenbeine eine deutliche Pustel-eruption, die viel Aehnlichkeit mit den Pocken hatte und auf einer entzündeten Basis aufsass, ausserdem noch einige Pusteln auf den Händen. Während des Nachmittags gähnte der Knabe viel, und es sollte noch um 5 Uhr eine neue Konsultation anberaumt werden, aber schon um 3 Uhr starb der Knabe.

Hr. R. sagt, es sei bemerkenswerth, dass vor dem eben beschriebenen plötzlichen und tödtlichen Anfalle der Knabe auch nicht das Geringste gezeigt hat, was Besorgniss erregen konnte. Er war am Sonnabend und noch am Sonntag bis Mittag so munter wie je zuvor. Er hatte weder Beschwerde beim Athemholen noch Husten; er hatte kein Herzpochen und keine Störung des Blutkreislaufes. Er konnte in den Speichern Trepp' auf, Trepp' ab steigen wie jeder andere Knabe, und nur noch wenige Tage vorher lief er mit Kameraden um die Wette. Er war immer blass gewesen, hatte guten Appetit, aber lebte in der Woche sehr unregelmässig, meist von Butterbrod und Käse, ass selten etwas Fleisch, und es mag daher wohl das letzte Mittagsmahl, das in reichlicher Fleischkost bestand, für seinen Magen zu lästig gewesen sein.

Leichenschau. Mit Ausnahme von einer geringen Gefässüberfüllung in den Häuten des Gehirns zeigte dies Organ durchaus keine krankhafte Veränderung. Der Mund war so fest geschlossen, dass er kaum mit einem dazwischen geschobenen Meissel geöffnet werden konnte. Die Zunge war dick belegt, aber sonst war Alles im Munde und im Halse gesund. Eben so waren die Lungen und Pleuren ohne alle Krankheit. Nur als der Herzbeutel aufgeschlitzt wurde, fand man in demselben etwa 2 Loth einer gelblich-trüben Flüssigkeit, wie Eiter mit Wasser gemischt, aber von dunklerer Farbe. Die Flüssigkeit hatte eine solche Aehnlichkeit mit dem trüben flüssigen Stoffe, den man oft im Magen findet, dass ein vorhandener Arzt ausrief, es müsse ein Uebergang zwischen Magen und Herzbeutel stattgefunden haben. Die Gefässe im Herzen waren strotzend voll und das Herz selbst zeigte sehr viele dunkelrothe und schwarze Flecke von ergossenem Blute von verschiedener Grösse; diese Flecke waren besonders zahlreich auf dem hintern und obern Theile des linken Ventrikels. Die Struktur des linken Ventrikels hatte eine Veränderung erlitten; die Substanz fühlte sich hart und knotig an, fast wie ein Muskel in stärkster Kontraktion. Vorn auf der Spitze des linken Ventrikels fand man eine sehr entzündete Stelle von der Grösse eines Schillings, bedeckt mit gerinnbarer Lymphe und von rauhem Aussehen, als wenn von der Fläche ein Stück abgerissen wäre; diese Stelle war etwas über die umgebenden Theile erhoben. Das Herz war nur klein. Die rechte Vorkammer und Kammer waren im Innern gesund; ein Blutklumpen füllte sie aus. Ein Schnitt durch den linken Ventrikel aber zeigte eine bedeutende Verschiedenheit zwischen der entzündeten Stelle, die

dichter und fester war, und den umgebenden Strukturen. Auch diese Höhlen wurden von einem bedeutenden Blutklumpen ausgefüllt. Beim Durchschnitt durch die verdickte entzündete Stelle sah man eine ½ Zoll grosse Spalte ungefähr in der Mitte, welche in eine Höhle führte, die nach aussen eine Oeffnung hatte und mitten in der entzündeten Stelle an der Spitze des Ventrikels sass und mit gerinnbarer Lymphe bedeckt war. Von dieser Höhle aus konnte die Sonde unter einem der Fleischbalken geradezu in die Herzkammer gelangen.

Die Parthie des Herzbeutels, welche der entzündeten Stelle entsprach, zeigte ebenfalls die Spuren einer heftigen Entzündung und war mit einer Schicht gerinnbarer Lymphe bedeckt, wie die des Herzens. Auch die seröse Haut am Ursprunge der Lungenarterie und der Aorta war sehr entzündet, besonders die letztere. Auch die linke und rechte Bronchialröhre war heftig entzündet, und würde man die Untersuchung weiter haben fortsetzen können, so würde man die Entzündung wohl tiefer gehend gefunden haben.

Als man den Bauch öffnete, fand man das Bauchfell normal, aber die Schleimhaut des Magens und des ganzen Dünndarms war lebhaft entzündet. Im Magen war nur der Pylorus frei davon, dagegen war der Magen nach dem Blindsacke zu so lebhaft geröthet, dass man im ersten Augenblicke hätte glauben können, der Knabe sei vergiftet worden. Der obere Theil des Dünndarms war lebhafter entzündet als der untere Theil desselben. Blinddarm und Dickdarm waren gesund, nur dass im absteigenden Kolon einige zerstreute rothe Flecke zu sehen waren. Weder im Magen noch im Darmkanal fanden sich feste Stoffe. Die Leber war von natürlicher Grösse und das einzige Krankhafte, das man vorfand, waren 6 — 8 erbsengrosse Tuberkeln auf dem vordern Rande des linken Lappens, und diese Tuberkeln waren der Eiterung nahe; auf der obern Fläche des rechten Lappens sah man einen hellen, 2 — 3 Zoll langen und etwa 1 Zoll breiten Streifen. Beim Einschnitte in die Leber konnte man erkennen, dass diese Missfärbung etwa 1 Zoll tief in die Substanz der Leber sich erstreckte. Die Nieren waren gesund, die Blase voll, aber auch gesund. Auf der rechten Wange über dem Wangenbeine, wo die schon besprochenen Tuberkeln sassen, waren mehrere missfarbige Flecke, von denen jedoch keiner Flüssigkeit enthielt.

Hr. Chance bemerkt in seinen Notizen zu diesem Falle, dass er wichtig sei wegen des Missverhältnisses, welches zwischen den Symptomen vor dem Tode und den Leichenerscheinungen offenbar vorhanden war;

ferner wegen des Zweifels über die eigentliche Ursache des Todes, von dem man nicht sagen kann, ob der Entzündung des Magens und Darms oder ob dem Leiden des Herzens der Tod beizumessen sei; wegen des Umstandes, ob diese bedeutende Entzündung der Schleimhäute das Primäre war oder das Sekundäre, und endlich wegen der gerichtlichen medizinischen Bedeutung, die der Fall haben konnte.

Es stellt sich uns hier eine sehr interessante Aufgabe entgegen, nämlich: konnte eine so bedeutende Entzündung des Magens und Darmkanals, mochte sie symptomatisch oder idiopathisch sein, den Tod in so kurzer Zeit herbeiführen, ohne noch andere Symptome als die hier mitgetheilten zu veranlassen? und angenommen, es sei dieses möglich, wie ist die so schnelle Entwickelung einer so ausgedehnten Entzündung in Brust- und Bauchhöhle zu erklären? Hr. Chance weiss nur einen einzigen Fall, wo etwas Aehnliches stattgefunden hat, wo es auch zweifelhaft geblieben, auf welche Weise die Entzündung so schnell entstanden ist. In dem hier in Rede stehenden Falle hat man sich offenbar zu fragen, ob Eiter, der ins Blut gelangt ist, eine solche Entzündung hervorrufen könne? Dass bei diesem Knaben Eiter ins Blut gelangt ist, ist kaum zu bezweifeln; der in der Substanz des Herzens befindliche Abszess wurde reif und berstete in den Herzbeutel hinein; es geschah dieses ohne vorhergehende Schmerzen oder sonst ein unangenehmes Gefühl für den Kranken, da das Herz ein sehr wenig empfindendes Organ ist. Sobald jedoch die Eiterhöhle nach aussen hin geborsten war, verbreitete sich die Entzündung schnell von da auf die seröse innere Haut des Herzbeutels und von dieser auf die äussere Haut desselben, so dass eine Ablagerung von Lymphe entstand, welche den Herzbeutel an das Herz anklebte und die Oeffnung der Eiterhöhle wieder schloss. Nachdem diese Höhle nach aussen geschlossen war, muss sich wohl wieder Eiter in derselben angesammelt und nun der Abszess nach innen in die Herzkammer unter den Fleischbalken sich geöffnet haben, so dass bei jedem Impulse des Herzens etwas Eiter mit dem Blute sich mischte.

Viele Erscheinungen, welche der Knabe darbot, stimmen mit denen überein, die in Folge der Eiteraufnahme ins Blut beobachtet worden sind, nämlich ein sehr häufiger kleiner Puls, Uebelkeit und heftiges Erbrechen, besonders galliger Stoffe, ferner ein murrendes Delirium und eine schnell sich entwickelnde sekundäre Entzündung der Eingeweide, der Brust und des Bauches. Demnach lässt sich der ganze Vorgang

auf diese einfache Weise erklären, dass nämlich der Eiter ins Blut getreten und die Zufälle, die man kurz vor dem Tode beobachtete, herbeigeführt hat.

B. *Surgical Society* in Dublin.

Ueber einen anomalen Verlauf des Scharlachs mit tödtlichem Ausgange.

Am 23. Januar d. J., erzählt Hr. Kennedy, sei er zu einem 7jährigen Mädchen gerufen worden, das bis dahin sehr gesund und für sein Alter sehr aufgeschossen war. Dieses Kind ist 2 Tage vorher krank geworden, und zwar plötzlich während des Mittagessens; ihr wurde übel, sie erbrach sich und bald zeigte sich, dass sie Scharlach hatte. Als Hr. K. sie 48 Stunden nachher sah, fand er sie in einem schweren, halb komatösen Zustande, aus dem sie nicht gleich zu erwecken war, und hatte man sie erweckt, so wurde sie sehr heftig und aufgeregt, fiel aber sogleich wieder in den Schlaf zurück. Der Ausschlag war vollkommen entwickelt und von hellrother Farbe. Die Parthieen im Innern des Rachens erschienen sehr angeschwollen, aber sonst von gutem Ansehen. Das Kind konnte schlucken, wenn man es dazu zwang; es hatte wenig Leibesöffnung. Der Puls war sehr schwer zu zählen, etwa 130 in der Minute. Die Augen waren sehr geröthet und die Pupillen zusammengezogen. Die Wärme des Körpers, besonders die des Kopfes war geringer als gewöhnlich. Die Kleine erwachte dann aus dem Zustande, als Hr. K. am Abend desselben Tages sie wieder zu besuchen kam; aber sie hatte eine äusserst unruhige Nacht, indem sie unaufhörlich phantasirte und sehr schwer im Bette zu halten war. Am folgenden Tage, am dritten Tage der Krankheit, befand sie sich in einem sehr bedenklichen Zustande. Die Hände und Füsse waren ihr vollkommen bläulich und kalt geworden; am Handgelenk war kein Puls zu fühlen; die Augen waren stark geröthet; das Irrereden begann von Neuem und war dann und wann mit sehr heftiger Aufregung begleitet. Aus diesem doch offenbar sehr hoffnungslosen Zustande kam die Kranke wieder zu sich und am sechsten Tage hatten alle diese üblen Nervenerscheinungen nachgelassen. Hr. K. bemerkt, dass im Allgemeinen während dieser 6 Tage die Behandlung eine reizende gewesen ist und ausserordentlich gut gethan zu haben scheint.

Indessen hatte sich gleich am vierten oder fünften Tage an jeder Seite unter dem Unterkiefer, besonders aber links eine Anschwellung gebildet; diese Anschwellung nahm allmälig zu, und als sich nun ein Abszess erzeugte und geöffnet wurde, trat eine grosse Menge sehr guter Eiter heraus. Dieses geschah am 5. Februar, am dreizehnten Tage der Krankheit, ungefähr gegen Mittag, und verschaffte dem Kinde grosse Erleichterung. Am folgenden Tage gegen Morgen aber wurde Hr. K. schnell gerufen; als er ankam, fand er das Kind am Krup leidend und zwar in sehr hohem Grade. Es muss hier bemerkt werden, dass schon seit 26 Stunden das Kind einen trockenen, kurzen Husten von krupartigem Charakter hatte, zu welchem sich Dyspnoe hinzugesellte, die sich immer mehr steigerte, bis Hr. K. ankam. Dieser fand das Kind in so bedenklichem Zustande, dass der Tod augenblicklich eintreten zu wollen schien. Die Athemnoth war bis auf das Heftigste gestiegen, die Augen schienen aus den Höhlen treten zu wollen, der Kampf des Kindes war grässlich, es schrie und schnappte in grösster Angst nach Luft; Gliedmaassen, Lippen und Zunge waren livide und der Puls an der Handwurzel nicht zählbar. Unter diesen Umständen schienen Brechmittel nur allein noch etwas leisten zu können, und nach unausgesetzter, fast 2stündiger Bemühung gelangte Hr. K. dahin, ein volles und kräftiges Erbrechen herbeizuführen, worauf eine bedeutende Erleichterung für die Kleine eintrat. Sie hatte übrigens einige Fetzen falscher Membranen ausgeworfen, und unter fortgesetzter Behandlung in dieser Richtung wurden alle Symptome des Krups beseitigt. Man glaubte nun gewonnenes Spiel zu haben, aber kaum war das letztgenannte Uebel geschwunden, als eine neue Reihe von Symptomen hervortrat. Der Puls wurde wieder beschleunigt, die Haut heiss, eine der Wangen röthete sich und das Kind konnte nur mit Mühe dahin gebracht werden, einige Nahrung zu sich zu nehmen. Noch einige Symptome traten ein, welche bewiesen, dass sich ein Reizungsfieber entwickelte; die Zunge wurde wieder belegt, aber dann trocken, lederartig, und endlich starb das Kind, gerade 3 Wochen nach Eintritt des Scharlachs und am Morgen des sechsten Tages, nachdem der Krup eingetreten war.

Es war natürlich von grossem Interesse, zu ermitteln, was denn eigentlich zuletzt den Fieberzustand unterhalten hatte, und auch in welchem Zustande der Larynx und die Luftröhre nach dem kurz zuvor stattgehabten Krup sich befände. Bei der Untersuchung der Leiche fand man indessen die letztgenannten Theile in ziemlich gesun-

dem Zustande, nur war die Schleimhaut etwas ödematös und an diesem Oedem nahmen die hintere Fläche der Epiglottis, die Stimmbänder und beinahe ¼ Zoll der Röhre unterhalb der Stimmritze Antheil. Die ödematöse Anschwellung war so gross, dass sie die Seitentaschen im Kehlkopfe verschloss; auch ein geringer Grad von Ulzeration war hier zu sehen. Der eigentliche Grund des Reizungsfiebers aber befand sich zwischen dem Pharynx und der Wirbelsäule; es war nämlich hier ein ungeheurer Abszess vorhanden, der bis zur Basis des Schädels hinaufreichte, dessen Knochen angegriffen zu sein schienen; die Knochen der Wirbelsäule waren nicht angegriffen.

Die Behandlung ist, wie schon bemerkt, anfangs eine reizende gewesen. Ausser Wein bekam das Kind eine Mischung von etwas Salzsäure mit einer Chinarindenabkochung. Hr. K. bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass seiner Erfahrung nach in solchen anomalen Fällen von Scharlach die reizend-tonische Behandlung diejenige ist, welche noch am meisten leistet. Man muss sich hüten, warnt er, die gerötheten Augen, das Deliriren mit heftiger Aufregung u. s. w. für Anzeigen zu Blutentziehungen oder kräftiger Antiphlogistik zu halten. Auf den Krupanfall, sagt Hr. K., sei er allerdings nicht vorbereitet gewesen. Es ist dieses das vierte Mal, dass ihm diese Komplikation des Scharlachs begegnet ist; in allen 4 Fällen ist der Tod erfolgt, obwohl in diesem Falle das Kind eigentlich nicht am Krup gestorben ist. Als er zuerst das Kind vom Krup ergriffen antraf, waren die Symptome so drängend, dass er fast schon die Tracheotomie machen wollte. Nur der Gedanke, dass das Kind so lange Zeit schon krank gewesen, dass es so viel Eiter aus dem Abszess verloren und dass es sich noch gar nicht erholt habe, hielten ihn von der Operation ab und trieben ihn an, Brechmittel zu versuchen. Zu bemerken ist, dass in solchem zu Scharlach hinzukommenden Krup Brechmittel wenig zu wirken pflegen, gleichsam als könne der Magen keine Notiz von ihnen nehmen. Der gegenwärtige Fall ist eigentlich auch ein Beweis hiervon, denn würde er das Brechmittel nicht beharrlich, gleichsam als *ultimum refugium*, immer fort und fort gegeben haben, so würde auch wirklich kein Erbrechen erfolgt sein. Denn es ist in der That kaum glaublich, dass das Kind, ehe Erbrechen eintrat, folgende Dinge einzunehmen gezwungen war, nämlich 1½ Gran Brechweinstein, 1 Drachme Zinksulphat, 1 Drachme *Vinum Ipecacuanh.*, 1 Unze *Tinct. Squillae* und ein Quantum Senf in lauwarmem Wasser. Was sagen wohl die Homöopathen hierzu? Es ist, sagt Hr. K., von Dr. King, seinem Freunde, die An-

nicht ausgesprochen werden, dass die Krupsymptome wohl allein durch den benachbarten Abszess bewirkt worden sein können; wenigstens habe er schon einmal etwas Aehnliches erlebt. Indessen sei das freilich nur eine Vermuthung, die durch nichts erwiesen werden kann.

VI. Miszellen und Notizen.

Santonin-Bonbons als wurmvertreibendes Mittel bei Kindern. Das Santonin oder Cinin ist ein von Kahler und Alms im Zitwersaamen entdeckter Stoff. Man bereitet eine ätherische Tinktur des Zitwersaamens, woraus man das Santonin anschiessen lässt. Es krystallisirt in weissen, am Lichte gelb werdenden, durchsichtigen, rhomboidalen Oktaëdern, ist geruch- und geschmacklos, löst sich nicht in kaltem, aber in kochendem Wasser, in Alkohol und Aether auf, auch in Terpenthinöl, aber nicht in fetten Oelen, bei gelinder Wärme in verdünnten Säuren, in Essigsäure, Aetzammoniak, jedoch nicht in fixen Alkalien. — Hr. Calloud, Apotheker aus Annecy, bereitet Bonbons damit, von denen jeder 1 Centigramm ($\frac{4}{21}$ Gran) Santonin enthält. Man lässt davon täglich je nach dem Alter 2 — 8 Stück täglich nehmen und zwar in 2 oder 3 Parthieen. Sobald Koliken eintreten, muss man aufhören, die Dosis zu steigern, und lieber einen Tag warten, bis man das Mittel von Neuem beginnt. Die gewöhnliche Dosis, wodurch die Würmer abgetrieben werden, ist 5 — 6 Centigrammen täglich (in 2 Parthieen). Einige Stunden nach dem Einnehmen schon färbt sich bei einigen Kindern der Urin gelb; ja es sollen nach der Behauptung eines Arztes, der des Santonins sich viel bedient, manche Kinder nicht nur einen gelben Urin dadurch bekommen, sondern auch Alles gelb sehen. Es verdient das Santonin, da es fast geschmacklos ist, die Aufmerksamkeit der Aerzte. (Es wird hier in Berlin vom Apotheker Hrn. Simon sehr gut bereitet.)

Das Hospiz für neugeborene Kinder in Neapel nimmt jährlich ungefähr 2500 Kinder auf, meist Findlinge, von denen 1500 in der Anstalt erzogen werden. Die künstliche Auffütterung oder das Päppeln wird nur für die an ansteckenden Krankheiten leidenden Kinder

beibehalten; für alle anderen ist es abgeschafft worden, was schon ein bedeutender Fortschritt ist. — Dagegen ist es ein übler Umstand, dass jede in der Anstalt angestellte Amme 3 Kinder nähren muss. Auch ist die Sterblichkeit bei den Kleinen fast grösser als in jedem anderen Findlingshause, wo sie immer bekanntlich nicht sehr gering ist; nach Hrn. di Renzi beträgt sie 77 Prozent. Es ist der Wunsch ausgesprochen worden, dass man mehr Ammen anstellen und nur solche wählen möchte, die das offene Land bewohnen. Besser wäre es noch, wenn es anginge, die Kinder selbst auf's offene Land zu den Ammen hinzugeben, oder, mit anderen Worten, die Findelhäuser als Aufbewahrungsanstalten für Kinder gänzlich abzuschaffen.

Die Tracheotomie als letztes Rettungsmittel im Krup. Wie sehr man auch unter den allerübelsten Umständen die Hoffnung nicht ganz aufgeben darf, wie dies namentlich beim Krup der Fall ist, erweist ein vor nicht langer Zeit in Paris vorgekommenes Ereigniss. Ein Kind vom Krup ergriffen schien im Sterben begriffen zu sein; der Puls war kaum mehr fühlbar, die Gliedmaassen waren eiskalt, ein zäher kalter Schweiss bedeckte das Antlitz, der Athem wand sich mühsam durch den Hals. Drei Aerzte von Ruf standen um die Wiege, sie gaben alle Hoffnung auf, erklärten das Kind dem Tode verfallen; wenn sie auch an die Operation dachten, so meinten sie doch, das Kind werde den Akt derselben nicht überleben. Die weinende Mutter, die der Konsultation beiwohnte, erinnerte an die Operation. „Die Operation! rief sie, warum nicht die Operation?" — „Das hiesse, antwortete man, einem Ertrinkenden einen Spinnenfaden reichen." — „Besser das als gar nichts! rief die Mutter. Einen Spinnenfaden, vielleicht hält sich daran das Kind." Auf inbrünstiges Flehen der Mutter geschah die Operation, und das Kind bekam Athem und Leben wieder, welches es seiner Mutter zum zweiten Male verdankte. Grosse Lehre für Diejenigen, welche den alten Satz vergessen: *remedium anceps melius quam nullum*, und die mehr an ihren Ruf denken, von dem sie fürchten, dass er durch eine zweifelhafte Operation gefährdet werde, als an den Kranken. Dieses Ereigniss lehrt aber auch, dass in Fällen von Krup, wo nichts mehr zu hoffen, als *ultima ratio* die Tracheotomie betrachtet werden kann.

Register zu Band VI.

(Die Ziffer bezeichnet die Seite.)

Berlin, Druck von A. W. Hayn.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN,

unter Mitwirkung der Herren

Geh. Rath Prof. Dr. Barez,
Direktor der Kinderklinik in der Charité in Berlin,

und

Prof. Dr. Romberg,
Direktor der Poliklinik der Universität in Berlin,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend, prakt. Arzte und Mitgl. mehrerer gel. Gesellschaften.

u.

Dr. A. Hildebrand, k. Sanitätsrathe und prakt. Arzte in Berlin.

Band VII. (Juli — Dezember 1846.)

Berlin,
bei Albert Förstner.
1846.



Inhalts-Verzeichniss zu Band VII.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

II. Analysen und Kritiken.

III. Klinische Mittheilungen.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

VI. Miszellen und Notizen.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VII.] BERLIN, JULI 1846. [HEFT 1.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Markschwamm der Niere, von Dr. Löwenstein, Arzt der Kinderheilanstalt in Berlin.

Karl St., armer Eltern Kind, von blassem Aussehen, skrophulösem Habitus, erkrankte Mitte Dezember 1834, nachdem er angeblich 14 Tage vorher von einer nicht sehr hohen Treppe gestürzt war und vor einigen Tagen bei sehr rauhem Wetter der freien Luft ausgesetzt wurde. Er war damals 1 Jahr und 11 Monate alt, hatte Masern und Keuchhusten überstanden und vor mehreren Monaten an skrophulösen Geschwülsten der Halsdrüsen gelitten, die sich aber nach angewandten Einreibungen wieder verloren. Die diesmalige Krankheit war ernsterer Natur. Das Kind hatte mehrere Tage, ehe ich es zu sehen bekam, blutigen Urin gelassen, empfand Schmerz beim Druck in der linken Nierengegend und der *Regio epigastrica* linker Seite, fieberte stark, verbrachte die Nächte schlaflos und sehr unruhig; gastrische Erscheinungen waren zwar vorhanden, ohne jedoch einen hohen Grad von Bedeutung zu erreichen; der Urin wurde sehr sparsam gelassen und liess bei längerem Stehen einen dünnen, rosenrothen Bodensatz fallen. Die Krankheit stellte sich klar als *Nephritis* heraus. Als *N. traumatica* möchte ich sie weniger bezeichnen, da von einer vorher statt gehabten mechanischen Verletzung durchaus keine sichtbare Spur vorhanden war. Eher dürfte vielleicht eine *Commotio renis* als Disposition der Krankheit anzunehmen sein, die bei später einwirkender rheumatischer Ursache sich zur Form der Entzündung steigerte, so dass, während in diesem Monat rheumatische Fieber und derartige Lungenentzündungen so häufig der Luftkonstitution ihren Ursprung verdankten, in unserem Falle die Niere, als *Locus minoris resistentiae*, dem konstitutionellen Einflusse unterlag.

Die Krankheit wurde streng antiphlogistisch behandelt und binnen 14 Tagen so weit bekämpft, dass sich ohne kritische Erscheinungen alle Symptome der Entzündung nach und nach verloren. Dennoch bot das Kind ein kachektisches Aussehen dar, erlangte die frühere Lebendigkeit nicht wieder, vermochte nicht aufrecht zu stehen, suchte den Aufenthalt im Bette, hatte nur wenig Appetit und sehr unregelmässige Stuhlausleerungen. Die Untersuchung des Unterleibes ergab eine unbedeutende Anschwellung in der Nierengegend, ohne dass durch Druck auf diese Stelle Schmerz erregt wurde. Gegen diese *Induratio renis*, wofür ich den Tumor hielt, wurden Blutegel, Einreibungen von *Ungt. ciner.* und *jodin.*, Kataplasmata, innerlich Antiskrophulosa, Plummer'sche Pulver, lösende Extrakte und dergleichen in Anwendung gezogen. Aber weit entfernt, eine Abnahme bemerken zu lassen, vergrösserte sich die Geschwulst binnen 4 Wochen so bedeutend, dass ich der Mutter des Kindes jede Hoffnung auf Wiederherstellung desselben benahm. Auf Grund dieser Prognose wollte sie das Kind sich selbst und seinem Schicksal überlassen, und es, wie sie meinte, nicht länger mit Medizin quälen (ein in der niederen Volksklasse sehr beliebter Ausdruck!). Schon den 17. April 1835 brachte mir die Mutter die Nachricht von dem in der letzten Nacht erfolgten Tode des Kindes und bewilligte zugleich die Oeffnung der Brust- und Bauchhöhle. Nach ihrer Aussage hatte das Kind in der letzten Zeit seines Lebens an bedeutenden Athmungsbeschwerden, Husten und Schlaflosigkeit gelitten; häufig wurde ein Zittern der oberen Extremitäten wahrgenommen, ohne in wirkliche Krämpfe überzugehen. Der Tag vor dem Tode war sehr qualvoll, das Kind schrie nicht selten plötzlich auf, schreckte zusammen, der Athem wurde immer kürzer, beschwerlicher, bis auch der letzte Athemzug aufhörte.

Schon bei der äusseren Besichtigung der Leiche fiel der in die Quere gezogene, linkerseits bedeutend hervorragende Unterleib auffallend in die Augen. Die Betastung ergab, dass die Geschwulst zu so ungeheuerer Grösse angewachsen war, dass sie die linke Seite des Unterleibes fast ganz ausfüllte und selbst etwas nach der rechten Seite über den Nabel hinausreichte. Um den Nabel fühlte man eine kleine, kuglige, fluktuirende Hervorragung. Nach Eröffnung der Bauchbedeckungen (bei welcher der Nabel links liegen blieb) floss eine nur geringe Quantität Wasser aus; die Intestina erschienen aus ihrer normalen Lage gerissen, ganz nach der rechten Seite gedrängt und komprimirt, das *Colon transversum* stieg an der vordern Fläche der

dichten, festen, hier und da elastischen Geschwulst, mit dieser durch Zellgewebe innig verbunden, in longitudinaler Richtung von oben nach unten herab. Milz, Pankreas und Niere rechter Seite waren von normaler Beschaffenheit, von einer linken Niere ausserhalb der Geschwulst keine Spur, die Leber in ihrem Umfang vergrössert, doch von regelmässiger Struktur. Der ganze *Tractus intestinorum* war übrigens stark injizirt, ohne gerade Spuren von Entzündung zu zeigen. Im Mesenterium waren viele erbsen- und bohnengrosse Drüsen bemerkbar. Der Tumor erstreckte sich von den falschen Rippen bis zur *Regio epigastrica*, war durch eine feste Membran mit dem Zwerchfell verbunden und hing durch starke, sehnige, ligamentöse Verbindungen so fest mit den Wirbelbeinen und den Därmen, namentlich dem *S romanum*, zusammen, dass seine Lösung und Evolution nicht ohne Schwierigkeit geschah. — Im *Cavum thoracis* war ausser einem Esslöffel Serum im Herzbeutel und mehreren kleinen Tuberkeln in den untern Lappen beider Lungen nichts Normwidriges zu entdecken.

Die etwas über 3 Pfund schwere Geschwulst (die Hr. Geh. Medizinalrath Froriep mit mir zu untersuchen die Güte hatte), war nichts Anderes, als die durch Markschwamm veränderte Niere. Der Fungus befand sich im zweiten Grade der Entwickelung (eine Durchschnittsfläche, mit dem Messerrücken gestrichen, gab eine milchige Flüssigkeit), nahm die ganze Nierensubstanz ein, mit Ausnahme des obern Endes, wo ein wallnussgrosses Stück noch normal beschaffen war, und zwar Rindensubstanz, und den hintern Theil der Pyramide. Nach unten war ebenfalls an einem kleinen Stück noch Nierensubstanz zu erkennen. Das Nierenbecken war frei und in ihm die ausgedehnten oder gewissermaassen abgeplatteten Papillen sichtbar, die die erweiterten Kelche schlossen. Neben der enkephaloiden Markschwammsubstanz waren auch einzelne speckige, skirrhöse Parthieen vorhanden, eine Kombination, die Lobstein mit dem Namen *Tumeur dissimilaire* bezeichnet. Das umgebende Zellgewebe war fetthaltig und nicht entartet. Eine einzige kuglige Erhabenheit, die man schon durch die Bauchdecken fluktuirend hatte durchfühlen können, enthielt nichts als Blutkoagula.

Bemerkenswerth ist in diesem Falle der rasche Entwickelungsgang des (bei vorhandener skrophulöser Diathese) von Entzündung der Niere ausgehenden Markschwamms, da er binnen einigen Monaten einen so bedeutenden Umfang erreichte, dass er tödtliche Behinderung für das Leben wichtiger, ja nothwendiger Funktionen herbeiführte. Laennec giebt die Dauer des Verlaufs auf 18 Monate bis 2 Jahre an.

Doch ist bei Kindern, wo die Vegetation üppiger und produktiver hervortritt, ein schnelleres Wachsthum des Parasiten wohl begreiflich. Merkwürdig übrigens ist die Aehnlichkeit unseres Falles mit einem von Baring beobachteten, wo ebenfalls bei einem Knaben von 2 Jahren die linke Niere (die eben so wie wir eben erwähnt haben, mehrere Monate vorher blutigen Urin sezernirt hatte) von Markschwamm ergriffen wurde [1]).

Einen ganz ähnlichen Fall, wie den meinigen, theilt Dr. Spiritus in Solingen mit. (Casper's Wochenschrift 1846 No. 10.) Er betraf ein $1\frac{1}{2}$ Jahr altes Kind, bei dem die Geschwulst zwischen Hüftbein und Rippen linker Seits ihren Sitz hatte und sich nach und nach auch nach rechts hin verbreitete. Eigenthümlich war die Begierde des Kindes, Taback zu kauen und zu verschlucken (?). Es starb an hinzugetretenem hektischen Fieber. Von Hämaturie geschieht keine Erwähnung. Die Sektion wies eine ungeheuere kugelförmige Geschwulst nach, die das ganze linke Hypochondrium einnahm und bis ins kleine Becken hinabstieg. Im oberen Theile der Geschwulst wurde die linke Niere erkannt, im grösseren unteren Theile befand sich ein *Fungus medullaris*, der von der *Substantia, medullaris renis* ausging, die hintere Fläche und den oberen Theil der Niere durchbrochen und eine Schwere von $7\frac{1}{2}$ Pfund (?) erreicht hatte. Der Ureter linker Seite wurde aufgeblasen und durch ihn füllte sich das zur Hälfte noch bestehende Nierenbecken; nur einige Nierenkelche, so wie Nierenwärzchen waren in normalem Zustande. Der Ureter war ganz gesund, eben so die Blase. — Im Widerspruch mit den hier angeführten Fällen bemerkt Rayer, dass das Uebel bei Kindern überhaupt selten vorkomme und die rechte Niere häufiger als die linke befalle (was davon herrühren soll, dass auch die Leber häufiger als die Milz vom Fungus ergriffen werde). Rayer [2]) in seinem klassischen Werke über Nierenkrankheiten, führt den *Fungus haematodes* unter der Form „Krebs der Niere" auf, oder vielmehr, er hält den Fungus für eine Krebsmetamorphose. „Zuweilen erlangt die Niere wahrhaft monstruöse Dimensionen. Fast immer entwickelt sich diese Entartung

---

1) Ich verweise auf Baring's gediegenen, in Holscher's Hannov. Annalen (Bd. I. Heft 2) enthaltenen Aufsatz: „Beobachtungen und Bemerkungen über den Markschwamm."

2) Die Krankheiten der Nieren etc., deutsch von Landmann, Erlangen 1844.

primitiv in der Kortikalsubstanz, kann sich aber auf die Röhrensubstan ausbreiten. Die Membranen der Niere, die Wandungen des Nierenbeckens und das in den Nierenvenen koagulirte Blut können auch an der kankrösen Degeneration Theil nehmen. Die vielfältigen Enkephaloidmassen entwickeln sich gewöhnlich auf der Oberfläche der Nieren oder im Parenchym der Kortikalsubstanz und erscheinen blass rosenroth oder bläulich und gelappt. Sie sind krud oder erweicht; im ersten Falle haben sie die nämliche Konsistenz wie das Nierengewebe, in dem sie gebildet sind, haben auf der Oberfläche Furchen von kleinen Gefässen, im Innern aber sind dieselben spärlich oder unansehnlich. Das diese Massen umgebende Nierengewebe ist gesund oder wenigstens nicht sehr injizirt. Im vorgerückten Stadium erweichen diese Enkephaloidmassen theilweise oder gänzlich und nehmen eine dem menschlichen Gehirn ähnliche Konsistenz an; im höchsten Grade der Erweichung werden sie ganz breiig und in eine rosenrothe oder röthliche Brühe verwandelt. Auf dem Durchschnitt sieht man dann eine Menge kleiner Blutgefässe, die sich in ihrer Substanz verzweigen, und ist dies Gefässnetz stark injizirt, so erscheinen diese Geschwülste rothbraun mit Blut infiltrirt und enthalten zuweilen fibrinöse Gerinnsel."

Rayer bezeichnet einen gewissen Blutgehalt des Harnes als ein stehendes Symptom des weit vorgeschrittenen Nierenkrebses, namentlich des *Cancer haematodes*. Nach seiner Meinung findet die Hämaturie selten kontinuirlich statt, das Blut koagulirt häufig im Ureter zur Form eines Wurmes, oder die Flüssigkeit koagulirt in der Blase und wird dann unter Schmerzen und Beschwerden ausgestossen. Uebrigens nimmt Rayer nach den vorkommenden Fällen 3 Kategorieen von Nierenkrebs an. Die erste umfasst jene Fälle, wo in den Nieren ohne eine Volumszunahme der Organe und ohne Hämaturie Enkephaloidmasse abgelagert ist (latenter Krebs); 2) die Fälle, wo Krebs der Niere oder des Nierenbeckens, die vorzüglich durch Nierenschmerzen und durch eine habituelle Hämaturie, aber nicht durch eine merkliche Vergrösserung der Niere charakterisirt sind; 3) wo sich der Krebs durch eine harte Nierengeschwulst und eine habituelle Hämaturie kund giebt.

Versuch einer ausführlichen diagnostischen Würdigung der einzelnen Symptome in der entzündlichen Hirnwassersucht der Kinder, von Dr. J. Bierbaum, prakt. Arzte zu Dorsten.

Zweiter Artikel. (S. dieses Journal Bd. VI. Heft 6. S. 421.)

Ueber den diagnostischen Werth der einzelnen Symptome dieses Hirnleidens im ersten Stadium, in dem der Vorboten.

I. Kopfsymptome.

a) Stimmung der Psyche. Die grosse Verdriesslichkeit und das mürrische Wesen der Kinder, die weder an ihren eigenen Lieblingssachen Vergnügen finden, noch an den Spielen ihrer Geschwister Antheil nehmen, geht oft längere Zeit dem Ausbruche dieser Krankheit voraus und begleitet sie bis zu einem gewissen Punkte als eine konstante Erscheinung. Diese auffallende Aenderung des Benehmens und der Gemüthsstimmung ist sehr beachtenswerth, und zwar um so mehr, wenn man sie bei früher munteren und gut gearteten Kindern beobachtet. Auch verdient sie deshalb um so genauer gewürdigt zu werden, da sie in der Regel auf ein schon vorhandenes Unwohlsein oder auf einen noch bevorstehenden pathologischen Zustand, wenn gleich keinesweges immer auf das fragliche Hirnleiden hindeutet. Einwirken durch Strafen, wie dies leider oft genug geschieht, ist hier ganz am unrechten Orte, und muss nothwendiger Weise die krankhaft aufgeregte Hirnthätigkeit noch mehr steigern. Untersucht man genau die Ursache dieser Verstimmung, so wird man meistens noch andere Krankheitszeichen auffinden.

b) Kopfschmerz und Empfindlichkeit der äusseren Bedeckung. Der Kopfschmerz stellt sich gleich beim Eintritt dieser Krankheit ein, mag sie idiopathischen oder symptomatischen Ursprungs sein, und hat seinen Sitz nach Angabe der Kinder, die bereits ihre Leiden deutlich mittheilen können, in der Stirn und Schläfe oder im Hinterhaupte. Von diesen Stellen aus verbreitet er sich oft weiter, verursacht einen empfindlichen Druck auf die Augen und schiesst nicht selten durch den Vorderkopf von der einen Seite zur anderen. Jüngere Kinder können sich zwar über die Art des Kopfschmerzes noch nicht aussprechen, aber sie geben doch seine Gegenwart durch gewisse Zeichen deutlich zu erkennen. Sie greifen nämlich mit den Händen nach dem Kopfe, nach dem Gesichte, nach den Augen oder Ohren, nach der

Nase oder in den Mund, als wollten sie an diesen Stellen etwas Belästigendes entfernen, und deuten auf diese Art das Ergriffensein des Gehirns an. Dieses Auffahren mit den Händen und Greifen nach dem Kopfe kommt in der inflammatorischen oder akuten Form dieser Krankheit schon in diesem Stadium vor, während es in der schleichenden sich erst später einstellt oder doch wenigstens deutlicher hervortritt. Die Behauptung, dass der Kopfschmerz mit Schmerzen rheumatischen Charakters in anderen Körpertheilen wechseln könne, ist nicht wahrscheinlich. Dieser Wechsel ist nur scheinbar, denn der Kopfschmerz macht wohl auf kürzere oder längere Zeit Remissionen, aber völlig schwindet er nie und tritt meistens plötzlich mit erneuerter Intensität wieder auf. Die Schmerzen in anderen Theilen des Körpers scheinen auch nicht von dem Kopfschmerz abhängig zu sein. Die Kinder werden im Schlafe gestört, weinen laut oder wimmern nur und haben eigenthümliche Leidenszüge in ihrem Gesichte, sobald der Kopfschmerz sich steigert. Man kann von der Gegenwart desselben selbst bei jüngeren Kindern um so mehr überzeugt sein, wenn gleichzeitig andere Cerebralsymptome vorhanden sind, und Zeichen von Blähkoliken oder irgend einer anderen Affektion fehlen. Der Kopfschmerz fehlt mithin nie, wenn gleich er auch im Anfange dieser Krankheit oft noch unbedeutend ist, und deshalb selbst übersehen werden mag; jedoch ist er in der inflammatorischen Form heftiger und mehr anhaltend als in der schleichenden. Auch als eines der frühesten Symptome dieses Hirnleidens hat der Kopfschmerz grossen diagnostischen Werth, der sich um so mehr erhöht, wenn er, ungeachtet einer Ausleerung von schadhaften Stoffen, sei es durch Erbrechen oder durch den Stuhl, dennoch andauert, und gleichzeitig mit Kongestionen gegen den Kopf, Schwindel, Lichtscheu, Schlummersucht, Vomituritionen, Verstopfung und sparsamer Urinausleerung verbunden ist. Man ist daher in grossem Irrthume, wenn man den Kopfschmerz zu denjenigen Zeichen zählt, deren An- und Abwesenheit nicht wesentlich sei, und welche mehr den Zeitraum und den Grad, als die Natur der Krankheit andeuten.

Man behauptet auch, die Empfindlichkeit der Bedeckung des Kopfes sowohl als auch des ganzen Körpers, besonders des Rumpfes, sei in diesem Hirnleiden krankhaft erhöht und so gesteigert, dass die Kinder an diesen Theilen nicht die leiseste Berührung ertrügen, ohne über Schmerz zu klagen. Eine solche Klage habe ich zwar niemals gehört, aber wohl häufig beobachtet, dass die Kinder, wenn man den Kopf, Puls oder Unterleib untersuchen will, nicht allein bei der Berührung,

sondern auch schon bei der Annäherung unwillig werden, zu weinen anfangen und gewaltsam mit den Händen um sich schlagen, um den Hinzutretenden abzuwehren. Dass aber deshalb wirklich eine krankhaft gesteigerte Sensibilität des Hautorganes bestehe, ist wohl in der Mehrzahl der Fälle nicht anzunehmen. Jüngere Kinder können uns freilich über eine solche Empfindlichkeit keine Auskunft geben; aber auch das selbst von verständigeren Kindern auf unsere Frage, ob sie hier oder dort bei der Berührung Schmerz haben, erfolgende „Ja" gewährt keine grosse Gewissheit. Diese Antwort scheint mehr aus ihrer Verdriesslichkeit und mürrischen Laune, die weder eine lange Unterhaltung noch genaue Untersuchung erlaubt, hervorzugehen, als auf Wahrheit zu beruhen. Wollen die Kinder auch anfangs gar keine Berührung der betreffenden Theile zugeben, so darf man nur die mürrische Gemüthsstimmung ruhig abwarten, und wird dann, ohne allen Schmerz zu erregen, den Kopf, Rumpf und Unterleib untersuchen können. Nicht selten sieht man auch, dass sie fast fortwährend an den Haaren zupfen und ziehen. Bei einem 11monatlichen Knaben, der in einem hohen Grade an dieser Krankheit litt, aber dennoch gerettet wurde, machte ich die Beobachtung, dass er sogar mit der geballten Hand mehrere Tage hindurch unter heftigem Kreischen gewaltsam auf die linke Schläfe und das Gesicht schlug. Eben so sah ich bei einem anderen Kinde, dass es sich mit der Hand auf den Kopf schlug und an den Haaren zupfte. Bestände eine krankhaft erhöhte Sensibilität in den äusseren Bedeckungen, so würden natürlich solche Insultationen den Schmerz nur vermehren. Jedoch dürfte diese Empfindlichkeit in der erethischen Form der Krankheit wohl anzunehmen sein, da bei schwächlichen und reizbaren Individuen gewöhnliche Einwirkungen schon starke Reaktionen hervorrufen. Auch bei gleichzeitigen rheumatischen Leiden und bei Bestehen einer Affektion der Kopfknochen, wie eine solche in den Pubertätsjahren vorkommt, mag die Sensibilität an den ergriffenen Theilen wirklich gesteigert sein.

Wir müssen hier noch auf den Zustand der Fontanellen aufmerksam machen, da auch sie, wofern sie noch nicht geschlossen sind, zur Sicherstellung der Diagnose bei kleineren Kindern beitragen können. Bei gesteigerter Gefässthätigkeit in der Schädelhöhle sieht und fühlt man, dass die Fontanellen sich stark erheben, und nimmt mit der Hand so lange ein deutliches Klopfen wahr, als der Erethismus der Gefässe andauert. Ein 6 Monate und einige Wochen altes Knäbchen, das eine auffallend blasse Gesichtsfarbe und grosse Hitze im Hinterkopfe hatte,

ertrabte ungern die Berührung der Fontanellen, die stark pulsirten. Dieses Kind machte mit dem Munde und der Zunge fast anhaltend und seit längerer Zeit die verschiedenartigsten Bewegungen, fuhr aus den Schlummeranfällen mit den Händen aufwärts und rieb Nase und Augen. Es stöhnte wohl, weinte aber nicht, wie es dies auch seit der Geburt nie gethan haben soll. Auch erbrach es sich jetzt zum ersten Male und verdrehte häufig die Augen. Die Pupillen waren auf das engste zusammengezogen [1]).

Der Charakter des gestörten Kreislaufes kann leicht ermittelt werden, wenn man zugleich die Thätigkeit der Karotiden und Temporalarterien und die Beschaffenheit der Temperatur am Kopfe und im Gesichte berücksichtigt. Bei jüngeren Kindern schimmern auch häufig die Venen der Kopfbedeckung, der Stirn und Augenlider als blaue, stark mit Blut gefüllte Stränge durch, und schwellen beim Weinen ausserordentlich an.

c) Schlaf, Schlummersucht, Betäubung und Schwindel. Die Kinder verrathen immer entweder Aufgeregtheit und gänzliche Schlaflosigkeit, oder aber grosse Neigung zum Schlafe, eine Schläfrigkeit ohne Schlaf. Es ist dies ein schlummersüchtiger Zustand, der mit der Angetrunkenheit Aehnlichkeit hat, und zwischen Schlaf und Wachen mitten inne liegt. Dieser Schlaf bringt nie Erquickung, im Gegentheile fühlen sich die Kinder nach dem jedesmaligen Aufwachen nur matter und unwohler als vorher. In der erethischen Form dieses Hirnleidens sind die Kinder meistens wach und äusserst reizbar und lassen sich nur schwerlich einschläfern. Tritt aber Schlaf ein, so erwachen sie plötzlich und erschrecken bei jedem leichten Geräusche. Die Kinder zeigen auch eine ungewöhnliche Lebhaftigkeit und Beweglichkeit im Drehen und Wenden des Kopfes und der Glieder, und grosse Empfindlichkeit des Gesichts- und Gehörsinnes. Gölis behauptet,

---

1) Sobald das Kind sich wieder in etwas besserte, wurde die fernere Behandlung verweigert. Merkwürdiger Weise bildete sich aber zwei Tage vor dem Tode, der fünf Wochen nachher erfolgte, der Wasserkrebs aus. Zuerst zeigte sich an der Unterlippe der linken Seite ein kleiner rother Fleck, der äusserst schnell sich bis in den Mundwinkel verbreitete und rasch die Grösse eines Zehngroschenstückes erreichte. Nach dem Tode, wo ich den Wasserkrebs untersuchte, hatte derselbe ein bräunliches, matt röthliches Ansehen, war scharf begrenzt und fühlte sich hart wie Leder an. Der obere Theil der Unterlippe hatte in ihrer ganzen Ausdehnung, mit Ausnahme des affizirten Mundwinkels, eine wachsartige Farbe, und fühlte sich auch mehr fest an. Der Durst war in den letzten Lebenstagen des Kindes stark gewesen.

die Schlummersucht beruhe auf der in der Schädelhöhle stattfindenden Turgeszenz, oder, was dasselbe bedeutet, auf dem starken Andrange des Blutes gegen das Gehirn, oder auf entzündlicher Aufregung. Allein erwägt man, dass eine solche Störung des sensoriellen Lebens, wie sich dies in der Schlummersucht ausspricht, auch dann vorkommt, wenn man weder Hitze am Kopfe, noch ein vermehrtes Klopfen der Karotiden und Temporalarterien, noch irgend eine Gefässaufregung an den Fontanellen wahrnehmen kann, so ist man wohl berechtigt, an der vollen Richtigkeit dieser Behauptung zu zweifeln. Die Schlafsucht rührt mithin wohl nicht immer vom Drucke her, den eine zu starke Anhäufung des Blutes bedingt, sondern wird auch nicht selten durch rein dynamische Störungen der Hirnthätigkeiten veranlasst. Jedoch ist nicht zu leugnen, dass starke Kongestionen und Blutüberfüllung in der Schädelhöhle, wie sie in der inflammatorischen Form vorkommen, einen schlummersüchtigen Zustand verursachen können. Die Schlummersucht dauert aber in diesem Stadium der Krankheit noch nicht lange an, sondern geht gewöhnlich bald vorüber. Wenn die Kinder aus den Schlummeranfällen geweckt werden, so haben sie ein verstörtes Aussehen und können sich nicht gleich finden, sondern sehen wie fremd und verwundernd ihre Umgebung an, und scheinen bei einer ihnen gestellten Frage sich erst auf eine passende Antwort zu besinnen. Diese Kriterien können dazu beitragen, um die Schlummersucht in diesem Hirnleiden von dem schlummersüchtigen Zustande in anderen fieberhaften Krankheiten zu unterscheiden. In diesen letzteren verrathen die Kinder, wenn sie erwachen, gleich Geistesgegenwart und haben einen freien Blick. Bennet legt mit Recht grosses Gewicht auf die freie und leichte Art, in welcher die Pupille wirkt, sobald das Kind beunruhigt wird. Zugleich schwinden auch die beängstigenden Symptome, die man auf Rechnung eines Hirnleidens brachte. Die An- oder Abwesenheit des Erbrechens, der Verstopfung und der verminderten Urinabsonderung geben noch näheren Aufschluss über die Natur der Schlummersucht, die, sowie die ganze Series von Symptomen, die dem Ausbruche des Scharlachs und der Pocken oder anderer akuter Exantheme vorhergeht, höchstens nur anfangs trügen kann.

Schwindel und plötzliche Betäubung sind nur momentan. Kleinere Kinder verrathen diese Erscheinungen beim Aufnehmen aus der Wiege und bei unvorsichtigen Bewegungen und Erschütterungen des Kopfes durch plötzliches Verstummen im Schreien, während grössere Kinder geradezu darüber klagen. Sie geben den Schwindel auch dadurch zu

erkennen, dass sie sitzend oder liegend ausrufen: „Fallen! Fallen!“ oder „Festhalten! Festhalten!“ Dieses Zeichen kann längere Zeit dem Ausbruche der in Rede stehenden Krankheit vorhergehen, und verdient in Verbindung mit anderen wichtigen Symptomen alle Beachtung.

d) Delirien und Träume. Die Meinungen sind noch getheilt, ob in diesem Hirnleiden wirklich Delirien vorkommen, und ob dieselben als Symptome der Krankheit angesehen werden dürfen. Dass aber Delirien beobachtet werden, ist eine unleugbare Thatsache. Joh. Pet. Frank bemerkte bei einem 18 Monate alten, sehr verständigen Mädchen, dessen Schwester an akuter Hirnwassersucht gestorben war und das mit ihr später dasselbe Schicksal theilte, ein stilles Delirium, bevor sich noch Fiebersymptome geäussert hatten. Dieses Kind begehrte in einem kraftlosen und betäubten Zustande durch die Zimmer hindurchgeführt zu werden, suchte in jedem Winkel ängstlich und emsig, wie nach einem werthen, so eben verlorenen Dinge, und bemühte sich, es mit unbekannten, sonst nie zuvor von ihm ausgesprochenen Namen zu bezeichnen. Die Delirien sind nicht selten, wenn die Krankheit mit hitzigem Fieber und starken Kongestionen gegen den Kopf auftritt. Die Kinder sind dann in den Schlummeranfällen aufgeregt und unruhig, machen aber kaum jemals den Versuch, das Bett zu verlassen, wie man dies in anderen entzündlichen Hirnleiden und fieberhaften Krankheiten beobachtet. Die Delirien sind übrigens in dem in Rede stehenden Hirnleiden selten wüthend und lange anhaltend, wie in der Enkephalitis, sondern meistens nur stille Phantasieen oder ein dumpfes Murmeln von unverständlichen Worten. Nie findet man jene eigenthümliche Ideenassoziation und jene merkwürdige Geschwätzigkeit, die man bei Erwachsenen antrifft. Bei jüngeren Kindern kann man jedoch nicht füglich von Delirien sprechen, da ihnen nicht allein die Sprache mangelt, sondern da sie auch noch keine Vorstellung von der Aussenwelt haben. Indessen scheint es, als wenn ihre Unruhe die Stelle der Delirien ersetze.

Auch die Träume, wie viele andere Symptome, gehen oft längere Zeit dem Ausbruche dieses Hirnleidens vorher, und sind zuweilen so beängstigend, dass die Kinder laut aufschreien und das Bett zu verlassen suchen. Ein noch nicht 2½jähriges Mädchen, welches schon früher an dieser Krankheit gelitten hatte, träumte in der letzteren Zeit, wo es bald zum zweiten Male befallen wurde, so ängstlich von einer Katze, dass es aufsprang und laut zu rufen anfing. Das Hirnleiden brach aus und das Kind ging zu Grunde. Ein 7jähriger Knabe pflegte,

nachdem er eine Weile ruhig geschlafen hatte, plötzlich aufzufahren und schlug dann gewaltsam mit den Händen um sich und versuchte aus dem Bette zu entfliehen. Redete man ihn aber laut an, oder rüttelte man seinen Körper, so erwachte er aus seinem Taumel und schlief nun wieder ruhig ein. Diese Prozedur wiederholte sich fast ein ganzes Jahr hindurch, und selbst strenge Drohungen, welche die Eltern sich erlaubten, vermochten das Wiedererscheinen derselben nicht zu verhüten, bis endlich das fragliche Hirnleiden eintrat und ungeachtet aller meiner Bemühungen mit dem Tode endigte. Ein anderer 7jähriger Knabe hatte mehrere Wochen vor dem Ausbruche dieser Krankheit grosse Hitze im Hinterkopfe und träumte häufig, aber doch weniger ängstlich. Dieser Knabe wurde gerettet.

Die Träume sind daher allerdings zu beachten, besonders wenn sie früher nicht vorhanden waren. Indessen fehlen sie auch nicht selten und kommen selbst bei gesunden Kindern und in anderen Krankheiten vor. Das Zusammentreffen mit anderen werthvollen Symptomen begründet erst die diagnostische Bedeutung der Träume und Delirien.

e) Konvulsionen und Zähneknirschen. Konvulsivische Zuckungen in den Muskeln des Gesichts und an den Händen, sardonisches Lächeln, plötzliches Aufschrecken und Auffahren aus den Schlummeranfällen sind bei jüngeren Kindern schon im Anfange der Krankheit gar nicht selten. Jedoch kann auch unter wahren Konvulsionen dieses Hirnleiden beginnen. Die Konvulsionen sind oft recht heftig, dauern kürzere oder längere Zeit und treten entweder nur einmal ein, oder aber wiederholen sich auch wohl mehrmals. Bei Kindern, die an Keuchhusten litten, sah ich diese Krankheit zuweilen unter wirklichen Konvulsionen ausbrechen, und dann nicht selten einen raschen Verlauf und tödtlichen Ausgang nehmen. Nicht immer giebt sich aber diese Komplikation durch den Eintritt von Konvulsionen zu erkennen. Es scheinen gewisse, noch näher zu erörternde Verhältnisse das Auftreten derselben zu bedingen. Auch bei Verbindung dieses Hirnleidens mit Helminthiasis erscheinen zuweilen mehr oder minder starke Konvulsionen. Eben so beobachtet man sie oft, wenn diese Krankheit sich zu akuten Exanthemen gesellt. Ein 8jähriges kräftiges und bisher ganz gesundes Mädchen wurde, ohne dass man am Tage vorher bei ihm das geringste Unwohlsein bemerkt hatte, des Nachts von Scharlach befallen und zu dieser Zeit höchst unvorsichtiger Weise von den Verwandten in die elterliche Wohnung gebracht. Das Fieber war am

anderen Morgen sehr heftig, der Puls frequent, voll und kräftig, das Gesicht feuernd heiss, der Kopf schwer und eingenommen und konnte sich nicht allein aufrecht halten. Das Kind schlummerte unter starkem Klopfen der Karotiden anhaltend, schreckte häufig auf und wurde besinnungslos. Der Urin hatte eine weissliche Farbe und bildete ein Sediment. Kaum 12 Stunden nach dem Ausbruche des Scharlachs traten fürchterliche Konvulsionen mit grässlicher Verzerrung des Gesichts und Schaum vor dem Munde ein, die sich an demselben Tage mehrmals wiederholten. Auf die Anwendung von Blutegeln und Salpeter schwanden sie, und nahm nun das Exanthem seinen regelmässigen Verlauf. — Bei einem 3jährigen Knaben, der am vorigen Tage sich noch ganz wohl fühlte, brachen in den frühen Morgenstunden die Masern aus, die aber schon gegen Mittag ohne alle bekannte Ursache wieder zurücktraten. Konvulsionen, Leichenblässe, starke Kontraktion der Pupillen, Verlust des Bewusstseins folgten gleich nach. Als die Masern wieder erschienen, schwanden alle beunruhigenden Symptome. — Auch nach Unterdrückung von Ausflüssen tritt dieses Hirnleiden oft unter Konvulsionen ein. Ein ½ Jahre altes Mädchen verlor nach Suppression einer Otorrhoe seine Munterkeit, bohrte mit dem Finger in den Mund und in die Nase, bekam Erbrechen, Hüsteln, unruhigen, mit Aufschrecken verbundenen Schlaf, und verdrehte die Augen in den Schlummeranfällen. Die Pupillen waren zusammengezogen, der Puls frequent, klein und aussetzend, Gesicht und Hände kalt und blass, die Zunge wenig belegt, der Stuhl grün und gehackt. Plötzlich traten Konvulsionen ein, die aber nach Wiederherstellung des unterdrückten Ohrenflusses sich verloren. — Man beobachtet die Konvulsionen auch als Vorboten bei Kindern, bei welchen sich dieses Hirnleiden in Folge eines Sturzes auf den Kopf, namentlich aber auf den Hinterkopf, entwickelt. Wolff sah sie oft erst 24 — 72 Stunden nach solchen traumatischen Insultationen, die ohne alle üblen Folgen vorübergegangen zu sein schienen, plötzlich ohne weitere Veranlassung eintreten. Diese Erfahrung kann auch ich nur bestätigen. Mein eigenes Söhnchen [1]) entfiel unglücklicher Weise den Händen des Dienstmädchens und stürzte auf den Boden der Stube. Dieser Fall verursachte, ausser einer leicht vorübergehenden Hirnerschütterung, keine weitere Verletzung, hatte aber zur Folge, dass seit dieser Zeit der Schlaf höchst unruhig war, das Kind

---

1) Med. Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen. 1840. No. 50. S. 242, 243.

mit halb offenen Augen schlief und durch das leiseste Geräusch aufgeweckt wurde. Auch Zähneknirschen trat nicht selten ein. Nach Verlauf von ungefähr zehn Wochen wurde das damals zehn Monate alte Kind von der in Rede stehenden Hirnkrankheit befallen, zu meiner grössten Freude aber, ungeachtet des schweren Erkrankens, dennoch glücklich gerettet. Das Fallen auf den Kopf, welches in der Kinderwelt ein gar häufiges Ereigniss ist, läuft jedoch nicht selten ohne weiteren Nachtheil ab. Indessen ist es immer rathsam, die Kinder, die solche Insultationen erlitten haben, längere Zeit genau zu beobachten, um den heimtückischen Feind gleich anfangs angreifen zu können. Bei einem Mädchen, das in den Keller stürzte, trat nach drei Wochen erst dieses Hirnleiden ein, ohne dass Konvulsionen vorhergingen. Häufig lassen sich die Ursachen von den Konvulsionen gar nicht ausmitteln. Ein neun Monate altes Knäbchen, ziemlich kräftiger Konstitution, wurde plötzlich von Konvulsionen mit Verdrehen der Augen, sardonischem Lächeln, Schaum vor dem Munde, starker Flexion der Finger und Eingeschlagensein der Daumen in die Hohlhand befallen. Die Konvulsionen wiederholten sich oft und dauerten zuweilen sechs Stunden und noch länger. Sie wurden manchmal durch heftiges Aufschreien angekündigt und schienen die linke Körperhälfte stärker zu befallen, als die rechte. Das Kind schlummerte viel, war lichtscheu, streckte die Zunge aus dem Munde oder erbrach sich, und machte mit dem Munde Bewegungen, als wenn es saugte. Der Stuhl war träge und gehackt und zeigte eine grünliche Beimischung. Hitze wurde aber weder am Kopfe noch an den übrigen Körpertheilen bemerkt. In einem anderen Falle sah ich die Konvulsionen sechs Wochen dem Eintritte dieses Hirnleidens vorhergehen, und beim Ausbruche desselben aufs Neue eintreten. Die Krankheit verlief nun unter tumultuarischen Erscheinungen.

Das Zähneknirschen kommt zwar mitunter schon im Anfange dieses Hirnleidens vor, wird aber auch eben so häufig in anderen Krankheiten und selbst bei ganz gesunden Kindern während des Schlafes beobachtet. Dieses Zeichen hat einen untergeordneten Werth. Was dagegen die diagnostische Bedeutung der Konvulsionen angeht, so hat man behauptet, dass sie in diesem Hirnleiden einzig und allein einseitig seien, während in anderen Hirnaffektionen beide Seiten des Körpers zugleich ergriffen würden. Dieses Kriterium wäre allerdings von überaus grossem Werthe, wenn die Erfahrung es nur bestätigt hätte. Auch dies widerspricht der täglichen Beobachtung, dass kon-

konvulsivische Zuckungen in den Gesichtsmuskeln und an den Oberextremitäten die einzigen Zeichen seien, an welchen man bei kleineren Kindern den Anfang dieser Krankheit erkennen soll. Unter allen nervösen Symptomen giebt es kein einziges Zeichen, welches nicht eben so oft fehlen und auch in anderen Krankheiten vorkommen kann. Die Konvulsionen sind in den ersteren Stadien dieses Hirnleidens immer nur zufällig, und gehören erst der letzteren Periode eigenthümlich an. Folgen ihnen aber Kopfschmerz, Aufschrecken, Schlummersucht, Schwindel, Erbrechen, Verstopfung, verminderte Harnausleerung und andere wichtige Zeichen, so darf man von dem Ausbruche dieses Hirnleidens versichert sein.

f) Nase, Augen und Ohren. Die Nase ist blass, wie das Gesicht, es sei denn, dass diese Krankheit unter stürmischen Erscheinungen eintritt und mit heftigen Kongestionen gegen den Kopf, die eine Röthung des Gesichts zur Folge haben, verbunden ist. Ein wichtigeres Zeichen ist die gestörte Funktion der Schneider'schen Haut. Die Schleimabsonderung nimmt allmälig ab, ist aber in der inflammatorischen Form der Krankheit schon völlig unterdrückt. Bei schleichendem Verlaufe dagegen habe ich diese Sekretion selbst bis zum zweiten Stadium andauern sehen. Eine andere Erscheinung, die die Nase darbietet, ist das juckende Gefühl derselben, das übrigens auch in anderen Hirnleiden und Krankheiten, namentlich in der Helminthiasis häufig vorkommt. Diesen Reiz geben selbst kleinere Kinder dadurch deutlich zu erkennen, dass sie die Nasenspitze mit dem Handrücken, oft bis zur leichten Röthe, hin und her reiben. Nicht selten bohren die Kinder auch den Finger tief in die Nase ein und fördern oft ungewöhnlich grosse Quantitäten eines trockenen, klumpigen Schleimes heraus. Ein herangewachsener Knabe sagte mir, als ich ihn fragte, warum er immer in die Nase bohre, er müsse dies thun, könne aber nichts mehr herausbringen. In Folge solcher Insultationen tritt zuweilen ein grösserer oder geringerer Bluterguss ein, der aber auch spontan erscheinen kann.

Das Auge, das schon der Urvater der Heilkunde den Spiegel des Gemüths und der Lebenskraft nannte, verdient eine sorgfältige Beachtung und giebt uns meistens wichtige Aufschlüsse. Man bemerkt in diesem Hirnleiden, wie Armstrong mit Recht sagt, eine eigene Verbindung von physikalischer Helligkeit und geistiger Dumpfheit in dem Auge, und sieht den sogenannten Rapport, der naturgemäss zwischen dem Auge des Kindes und dem Auge der Mutter oder Amme statt

findet, schwinden. Auf diese Erscheinung darf man grosses Gewicht legen, und dieselbe in Bezug auf die Diagnose entzündlicher Hirnleiden der Kinder für äusserst werthvoll halten. Man theilt gewöhnlich die Symptome, die das Sehorgan darbietet, in die der Reizung und in die des Druckes. Erstere umfassen die Störungen in den Funktionen, letztere dagegen das Aufhören oder die völlige Vernichtung dieser Funktionen. Diese Eintheilung ist nicht ganz unpassend, in sofern man sich unter dem Drucke nicht nothwendig eine Blutstockung oder Ergiessung einer serösen oder lymphatischen Flüssigkeit in der Schädelhöhle denkt. Ob erethisch-skrophulöse Kinder mit schwarzen lebhaften Augen und entwickelten geistigen Anlagen mehr von der akuten, Kinder mit grauen Augen dagegen mehr von der schleichenden Form der Krankheit ergriffen werden, bedarf noch der näheren Bestätigung.

Das Auge verliert seinen lebhaften Glanz und wird matter, und scheint, wie die Nase, eine unangenehme Empfindung zu erregen. Die Kinder greifen daher nach dem Auge und reiben es oft stark mit dem Handrücken. Die Bindehaut ist zuweilen etwas geröthet, meistens sind aber nur einzelne Gefässe injizirt. Selten fliessen noch reichliche Thränen. Auch ist das Weinen nicht mehr das gewöhnliche, sondern vielmehr eigenthümlicher Art, wie man es bei recht verdriesslichen und ärgerlichen Kindern findet. Jedoch wird die Funktion der Thränendrüse in der inflammatorischen Form schneller gestört, als in der schleichenden.

Wichtig ist die Empfindlichkeit des Auges gegen das einfallende Licht, die selten fehlt. Nur ausnahmsweise bemerkt man, dass selbst mehr oder weniger grelle Lichtstrahlen ertragen werden. Aeusserst selten ist aber gleich zu Anfange der Krankheit Amaurose vorhanden, wie Coindet einen solchen Fall nach Unterdrückung des Scharlachs beobachtete. Die Lichtscheu ist jedoch bald grösser, bald geringer, und kann, wie ich dies bei einem Kinde sah, selbst mehrere Tage dem Ausbruche dieser Krankheit vorhergehen. Wolff sah sie sogar drei Wochen lang bestehen. Dieser sechsjährige Knabe pflegte bei seinen Spazierritten lieber einen schattigen, als irgend einen anderen Weg einzuschlagen, weil ihm das Sonnenlicht in den sonst gesunden Augen Schmerz verursachte.

Nicht weniger beachtenswerth, als die Lichtscheu, sind die Veränderungen, welche die Pupille darbietet. Eine Veränderung der Farbe der Iris, die man beobachtet haben will, habe ich nie finden können. Die Pupille ist in der Regel zusammengezogen, seltener erweitert, wie

man dies noch am öftersten in der skrophulösen Form und bei Komplikation mit Helminthiasis antrifft. In einzelnen Fällen konnte ich weder eine Verengerung noch Dilatation wahrnehmen. Wenn die Kinder in der Wiege liegen oder auf dem Schoosse der Mutter sitzen, oder aber mit ihren Spielsachen beschäftigt sind, richten sie oft plötzlich ihren Blick auf irgend einen Gegenstand und betrachten denselben mit einem solchen scheinbaren Ernste, als wenn sie in tiefes Nachdenken versunken wären. Die Pupille ist dann gewöhnlich erweitert. Auch starren sie zuweilen mehrere Sekunden lang in die Luft, schielen mitunter oder schliessen auf einen Augenblick die Augen, sammeln sich dann wieder unter einem tiefen, seufzerartigen Athemzuge, und setzen nun das eben unterbrochene Spiel wieder fort. Fährt man in einem solchen Zustande des Kindes mit dem Finger gegen oder über das Auge, so verhält es sich dabei ruhig und passiv. Berührt man aber nur die Spitze der Zilien, so zeigt es gleich Reizempfänglichkeit und schliesst sich. Im Schlafe sind bei jüngeren Kindern die Augen nur halb geschlossen und die Hornhaut ist nach oben gekehrt, bei mehr herangewachsenen dagegen meistens völlig geschlossen. Diese Beobachtung, deren schon Hippokrates in seinen Aphorismen gedenkt, macht man aber keineswegs ausschliesslich in diesem Hirnleiden, sondern auch in der hydrokephalusartigen Krankheit aus Erschöpfung und in mehreren anderen fieberhaften Leiden der Kinder. Hebt man in den Schlummeranfällen das obere Augenlid auf, so findet man zuweilen die Pupille auf das Engste zusammengezogen und den Augapfel oft nach oben und innen gegen die Nasenwurzel hin gerollt. Manchmal steht derselbe auch starr und unbeweglich, oder aber macht konvulsivische Bewegungen in seiner Höhle. Auch beobachtet man ein unwillkürliches Zittern des oberen Augenlides. Das Drehen der Augen und der starr aufwärts gerichtete Blick, sowie das Schielen und das gedankenlose Betrachten eines Objekts haben grossen diagnostischen Werth, besonders wenn sie mehr andauernd sind und in Verbindung mit anderen wichtigen Zeichen vorkommen. Das Schielen und Verdrehen der Augen darf aber weniger beunruhigen, wenn es nur leichte und vorübergehende Störungen des Gehirns anzeigt, wie dies bei fieberhaften Leiden der Digestionsorgane vorkommt.

Die Affektion des Sehorganes in dieser Krankheit soll durch gewisse pathologische Vorgänge an der Ursprungs- und Kreuzungsstelle der Sehnerven und an der Basis des Gehirns bedingt werden. Diese Vorgänge sollen sich vorzüglich charakterisiren durch Ablagerung von

Tuberkeln und Granulationen, oder durch Erweichung und schleichend entstandene pseudomembranöse Exsudate an den genannten Stellen. Soviel steht wenigstens wohl fest, dass der Affektion des Sehorganes eine Irritation des Zerebralsystems überhaupt und der Sehnerven insbesondere zum Grunde liegt. Ob aber diese Symptome immer durch solche materielle Substrate bedingt werden, und ob sie nicht auch rein dynamischen Ursprungs sein und auf gewissen, durch das anatomische Messer nicht nachweisbaren Veränderungen in der Vitalität des Gehirns beruhen können, lassen wir dahin gestellt. Jedoch bemerken wir, dass, wenn auch materielle Ablagerungen vorhanden sind, doch immer zeitweise funktionelle Störungen in den Hirnthätigkeiten vor sich gehen müssen, um den Eintritt gewisser Erscheinungen, z. B. das Schielen und Drehen der Augen, zu bedingen.

Was nun die Sensibilität des Gehörs angeht, so ist diese immer krankhaft erhöht. Das Gehör ist äusserst fein, niemals aber stumpf und erschwert, wie man es im *Typhus cerebralis* und *abdominalis* findet. Jedoch wird diese gesteigerte Sinnesthätigkeit nicht immer durch äussere Geräusche unangenehm affizirt. In manchen Fällen lieben die Kinder nicht allein starkes Wiegen, sondern wollen auch laut dabei gesungen haben; in anderen dagegen ist ihren sensiblen Gehörnerven jedes leichte Geräusch äusserst empfindlich, als wenn dasselbe den Kopfschmerz steigere. Ohrensausen ist selten mit dem feinen Gehör verbunden und meistens nur bei stürmischem Auftreten der Krankheit vorhanden.

In der Regel werden die Ohrmuscheln, namentlich bei Säuglingen und jüngeren Kindern, auffallend blass und nehmen eine wachsartige Farbe an. Jedoch beobachtete ich bei einem dreijährigen Knaben [1]) eine dunkle Röthe, die von Anfang an bestand und sogar bis zum Tode andauerte. Auch noch in zwei anderen Fällen sah ich eine solche Röthe, jedoch war sie hier weniger stark.

Eine andere Erscheinung, die wir am Ohre wahrnehmen, ist die Verminderung der Schleimsekretion im äusseren Gehörgange. Diese Funktionsstörung, auf welche ich [2]) schon früher aufmerksam machte, ist meines Wissens bisher nirgends erwähnt, und verdient doch sowohl

---

1) Med. Korrespondenzblatt rheinischer und westphälischer Aerzte. [illegible]. Bd. III. No. 15. S. 236 — 239.

2) Med. Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen. 1839. No. 34, [illegible] S. 130, 134.

vom diagnostischen als auch prognostischen Standpunkte aus dieselbe Beachtung wie das Trockensein der Nase und das Schwinden der Thränen. Man findet, wenn auch nicht immer eine gänzliche Unterdrückung der Schleimproduktion, doch meistens eine merkliche Abnahme dieser Sekretion.

Der diagnostische Werth aller Symptome, welche diese drei Sinnesorgane darbieten, ist dann erst begründet, wenn sie mit anderen gehaltvollen Zeichen, namentlich mit Kopfschmerz, Erbrechen, Stuhlverstopfung und sparsamer Urinausleerung verbunden sind. Auffallen muss es übrigens, dass, ungeachtet des tiefen Ergriffenseins des Zerebralsystems, wie sich dies durch die Schlummersucht deutlich ausspricht, dennoch das Auge grosse Lichtscheu zeigt und das Gehör krankhaft gesteigert ist. Nicht gern möchte ich aber der Behauptung beitreten, dass eine vorzügliche Trockenheit der Nase und Lippen ein sehr charakteristisches Kennzeichen in den ersteren Stadien dieses Hirnleidens sei. Dieses Symptom, das auch in anderen fieberhaften Krankheiten vorkommt, hat vielmehr einen untergeordneten Werth.

g) Physiognomie. Eine Veränderung der Physiognomie geht oft schon längere Zeit dem Ausbruche dieses Hirnleidens vorher. Das Gesicht wird mehr blass und verliert den lebhaften Ausdruck, ohne dass man oft noch andere wichtige Zeichen von Unwohlsein, ausser leichten Digestionsstörungen, bemerkt. So charakteristische Züge aber auch das Gesicht in dieser Krankheit hat und so unverkennbar dieselben sind, wenn man sie einmal richtig aufgefasst hat, so schwierig ist es doch, ein naturtreues Bild dieses eigenthümlichen Gesichtsausdruckes zu entwerfen. Was hier das Auge schauet, lässt sich kaum durch Worte versinnlichen. Bei heftigem Auftreten der Krankheit sieht man ein lebhaftes Aeussere, Röthe der Wangen und grosse Aufregung; bei mehr schleichendem Verlaufe dagegen schwindet die lebhafte Farbe, Röthe der Wangen wechselt mit Blässe, der Glanz der Augen ist vermindert und der Blick matt. Ein sehr charakteristischer Zug ist aber der hohe Grad von Ernst, der sich im Gesichte abspiegelt und ein tiefes inneres Leiden bekundet. Auch verräth das Gesicht wohl Schmerz, Angst und Unruhe, oder zeigt einen Ausdruck von Muthlosigkeit und Niedergeschlagenheit, der besonders auf diejenigen, welche um die Wiederherstellung des kranken Kindes besorgt sind, einen höchst unangenehmen, selbst unerträglichen Eindruck macht. Die Augen sind in den Schlummeranfällen, wie bereits gesagt, nur halb geschlossen, die Hornhaut verbirgt sich unter dem oberen Lide

und das Weisse des Auges tritt grell hervor; im wachen Zustande dagegen ist das Auge lichtscheu und starrt oft auf irgend ein Objekt. Hat die Krankheit schon einige Tage angedauert, so macht sich auch im Gesicht schon Abmagerung bemerkbar, indem die Nase sich spitzt, die Wangen eingefallen sind, die Wangenbeine aber und Kieferwinkel, sowie die Orbitalränder Vorsprünge machen und die Augen tief in ihrer Höhle liegen. Eine so eigenthümliche Physiognomie findet sich kaum in irgend einer anderen Krankheit und verdient in diagnostischer Beziehung die grösste Beachtung. Die meiste Aehnlichkeit mit diesen charakteristischen Zügen hat noch der Gesichtsausdruck in der hydrokephalusartigen Krankheit aus Erschöpfung.

II. Respirationssymptome.

Der Respirationsakt bietet anfangs noch wenige Störungen dar und weicht, wofern die Krankheit nicht unter starken febrilischen Symptomen auftritt, kaum vom normalen Zustande ab. Haben aber die Kinder wie tiefsinnig längere Zeit in den Momenten des Starrens zugebracht, so kommen sie aus dieser vorübergehenden Betäubung unter seufzerartigen Athemzügen wieder zu sich und schauen mit einer Art von Aengstlichkeit und Unstetigkeit die Umgebung an. Das Athmen geschieht ruhig und langsam, ohne Geräusch und ohne sichtliche Erweiterung der Brust. Diese Ruhe wird aber von Zeit zu Zeit durch unwillkürliches Seufzen unterbrochen, gleichsam als sei Mangel an Luft in den Lungen vorhanden, als mache sich das Bedürfniss der Hämatose fühlbar, und als wolle die Natur diesem Mangel und Bedürfnisse durch die tieferen Athemzüge abhelfen. Es deutet diese seufzende Respiration, während welcher die Pulsschläge sich verdoppeln, wohl nicht auf einen krampfhaften Zustand, sondern vielmehr auf eine Störung des Kreislaufes hin. Eine ungleiche Respiration und Stöhnen bemerkt man gewöhnlich erst gegen das Ende dieses Stadiums und in den späteren Perioden dieser Krankheit. Starkes Schleimrasseln hörte ich bei einem einjährigen Mädchen, das an *Laryngotracheitis chronica* litt, wenn sich dieses Hirnleiden gesellte. Schnarchend ist die Respiration nur dann, wenn gleichzeitig Halsentzündung vorhanden ist, wie ich dies bei einem Kinde beobachtete, wo das Scharlach nicht zum Ausbruche kam und sich nun die in Rede stehende Hirnkrankheit entwickelte.

Man behauptet, die ausgeathmete Luft sei übelriechend. Dies habe ich aber, ungeachtet der sorgfältigsten Untersuchung, in keinem einzigen Falle finden können. Nur dann beobachtet man einen üblen

Geruch aus dem Munde, wenn die Zunge gastrisch belegt ist und der Magen unverdaute Stoffe enthält, oder aber, wenn gleichzeitig Helminthiasis besteht und die Zähne oder das Zahnfleisch angegriffen sind. Auch trifft man einen solchen Geruch an, wenn die angewendeten Quecksilberpräparate Speichelfluss oder gar eine brandige Zerstörung der Mund- und Rachenhöhle bewirkt haben. Diese Destruktion sah ich in einem Falle nach dem Gebrauche von ungefähr einer Drachme Kalomel eintreten. Bei einem neunjährigen Knaben [1]), der an einer anderen Krankheit litt, trat diese grässliche Zerstörung schon nach Anwendung von sieben Gran Kalomel ein.

Ein bei weitem wichtigeres Symptom, als die veränderte Beschaffenheit der ausgeathmeten Luft, ist das eigenthümliche plötzliche Aufschreien der Kinder. Da dasselbe aber in dieser Periode noch selten beobachtet wird, so wollen wir es erst später genauer diagnostisch würdigen. Aeltere Kinder sprechen ihren Schmerz durch Worte aus, während jüngere denselben durch Weinen und Bewegen der Hände nach der leidenden Stelle zu erkennen geben. Die Stimme ist aber meistens schwach und weinerlich, zuweilen etwas heiser, und hat einen Nasenton.

Bei Bewegungen und Erschütterungen des Kopfes und auch spontan tritt ein trockenes Hüsteln ein, das meistens nur einige Male hintereinander erfolgt und dann wieder schwindet. Der Ton war in einem Falle kurz abgestossen, metallisch klingend und äusserst scharf. Dieses eigenthümliche Hüsteln, sowie der seufzerartige Rhythmus der Respiration, die in anderen Fiebern gleichmässig beschleunigt ist, ist in diagnostischer Beziehung bedeutungsvoll.

Gähnen und Niesen kommen zwar mitunter vor, haben aber keinen besonderen diagnostischen Werth.

---

1) Med. Korrespondenzblatt rheinischer und westphälischer Aerzte. Bd. III. No. 14. S. 236 — 239.

(Schluss im folgenden Hefte.)

Ueber den Kretinismus grosser Städte, dessen Ursachen, und dessen Analogie mit dem Kretinismus der Alpen, von Dr. Friedrich J. Behrend, Mitherausgeber der Zeitschrift.

Wenn man die verschiedenen Abhandlungen und Werke über den Kretinismus der Alpen vergleicht, so entnimmt man daraus zwar ein erkennbares und eindrucksvolles Bild der Krankheit, aber keine bestimmte Definition, sondern nur eine oft widersprechende Beschreibung. Der eine Autor schildert die Kretinen als Idioten mit gewissen körperlichen Deformitäten, nämlich mit Kröpfen, aufgetriebenen Bäuchen, dicken Köpfen, schlaffen, welken Gliedmaassen, welkem Fleische u. s. w., fügt aber dann hinzu, dass der Blödsinn in verschiedenem Grade vorhanden ist, bisweilen eine hohe Stufe erreicht, bisweilen aber nur in einer gewissen Stupidität des Geistes und der Sinne besteht und dass die Kröpfe nicht wesentlich sind, indem sie zuweilen ganz fehlen. Ein anderer Autor nennt die Kretinen kleine, verkrüppelte, dickbäuchige Menschen mit blassgelbem, aufgedunsenem Gesichte, dicken, wulstigen Lippen, dicker Zunge, unverständlicher Sprache, mit schwerem, stets herabgesenktem Haupte, und fügt hinzu, dass sie dumm, blödsinnig sind und im höchsten Grade selbst gar keine Sprache haben; häufig seien dabei Rhachitis und Knochenerweichungen, besonders aber Kröpfe. — Wieder ein anderer Autor erklärt geradezu, dass sich eine erschöpfende Beschreibung des Kretinismus nicht geben lasse; es lasse sich von ihm wohl ein allgemeines Bild zeichnen, doch sei die Krankheit zu vielgestaltig, als dass sich alle Formen mit wenigen Worten zusammenfassen lassen. Die Kretinen, heisst es, sind träge, faul, indolent, apathisch und auf den höheren Stufen blödsinnig; sie sind nicht sehr empfindlich, dessenungeachtet aber gefrässig, lasziv und der Masturbation ergeben; sie haben stumpfe Sinne, namentlich was Gesicht und Gehör betrifft, ja sie sind bisweilen völlig blind und taub. Sie begreifen äusserst wenig und das Wenige auch nur sehr schwierig; sie haben eine schwere, träge, unausgebildete Sprache, die oft kaum von unartikulirten Tönen zu unterscheiden ist; bisweilen sind sie ganz stumm; fast alle sind schmutzig und widrig. Sie haben ein weiches und schlaffes Fleisch; eine welke, runzlige, gelbliche oder eine bleiche und kadaveröse, mit Krätze und Flechten bedeckte Haut. Die Zunge ist dick und hervorhängend; die Lippen dick, hervorspringend und geröthet, die Augen triefend und roth, hervortretend und auseinanderstehend, die Nase platt, das Antlitz wie eingedrückt, oft aufgetrieben

und violett. Viele, heisst es, haben eine nach unten breite, oben abgeplattete und nach hinten gedrängte Stirne; ihre Gliedmaassen sind ungestaltet, fast immer verbogen, mit verdickten Gelenkenden. Ungefähr auf dieselbe Weise drücken sich alle Schriftsteller aus, die über den Kretinismus der Alpen geschrieben haben, und wer, wie der Verfasser dieses Aufsatzes, die Kretinen im Kanton Wallis und im Thale von Aosta gesehen hat, wird im Allgemeinen die Zeichnung richtig finden. Es geht daraus hervor: 1) dass die Kröpfe nicht ein wesentliches Merkmal des Kretinismus sind, indem sie häufig fehlen; es giebt Kretinen ohne Kröpfe, und Kröpfige, die nicht Kretinen sind; 2) dass der Blödsinn nur bei dem höchsten Grade des Kretinismus vorhanden ist, in den niederen Graden nur als Stupidität, Dummheit, Sinnenstumpfheit und Indolenz sich manifestirt; 3) dass das Thierische über das Geistige vorherrscht, dass Gefrässigkeit vorhanden ist, wobei doch nur ein schlechtes, welkes Fleisch erzeugt wird und besonders das Knochensystem sowohl in seinen Dimensionen wie vermuthlich auch in seiner Struktur und chemischen Zusammensetzung mangelhaft ausgebildet wird. Mit einem Worte, es bleibt, wenn man den nicht als wesentlich bezeichneten Kropf und die oft vorkommende, aber doch auch nicht charakteristische Form des Kopfes nicht mit in Anschlag bringt, nichts übrig als das Bild eines hohen Grades von Skrophelsucht mit Chlorose und Rhachitis verbunden.

Dass dem wirklich so ist, dass der Kretinismus keine eigenthümliche, in tiefen Alpenthälern allein vorkommende, spezifische Krankheit ist, dass sie selbst nicht einmal die Bezeichnung endemische Skrophelsucht verdient, die ihr von mehreren Autoren beigelegt worden, wird denjenigen Aerzten sich bald als richtig erweisen, welche mit unbefangenem Blicke, wenn wir uns so ausdrücken dürfen, die tiefen Schluchten und Abgründe, dunkeln Thäler und abgeschlossenen Räume grosser, übervölkerter Städte durchforscht haben. Sie werden dort Zustände finden, die sich in so geringen Zügen von dem Kretinismus der Alpen unterscheiden, dass sie nicht anstehen werden, einen Kretinismus grosser Städte eben so gut anzunehmen, wie einen Kretinismus der Alpen, und die Unterschiede beider nur als geringe Modifikationen zu erachten. Es giebt in der That einen Kretinismus grosser Städte, so gut wie es einen Kretinismus der Alpen giebt, und es kann, wie wir gleich sehen werden, der eine zur Ermittelung des Wesens und der Ursache des anderen dienen.

Wir wollen zuerst einige Individuen beschreiben, die wir theils

selber gesehen haben und die uns theils von Aerzten und glaubwürdigen Männern beschrieben worden sind. Man wird darauf sagen, dass es nur sehr hoch entwickelte Grade von Skrophelsucht sind, die in Verbindung mit Rhachitis und Chlorose uns entgegentreten; aber wenn man nur zugiebt, dass die hier von uns beschriebenen Individuen den Kretinen der Alpen fast ganz gleichen, wird man in der Erkenntniss des Wesens der Krankheit einen kleinen Fortschritt gethan haben.

In dem feuchten, dumpfen Kellergeschosse eines hohen Hauses in einer engen Gasse in Berlin wohnten noch vor Kurzem drei sehr arme Familien zusammen. Die eine Familie bestand aus einem Holzhauer mit einer Frau, einem Knaben von 12 Jahren, einem Knaben von 8 Jahren und einem Mädchen von 3 Jahren; der ältere 12jährige Knabe war ein rüstiger Bube mit bedeutendem skrophulösen Habitus, der sich viel auf den Gassen umhertrieb; die anderen beiden Kinder werde ich bald beschreiben. Die zweite Familie war die eines herabgekommenen, in Elend gerathenen Schneiders, und bestand aus dem Manne und der Frau und einem Mädchen von 7 Jahren; der Mann ernährte sich mit Kleiderreinigen und Stiefelputzen und die Frau mit Scheuern und Waschen ausser dem Hause. Die dritte Familie endlich bestand nur aus einer Wittwe, welche Armenunterstützung bekam und zugleich durch Wollewickeln für die Posamentiere sich etwas zu verdienen suchte; diese Frau hatte ihr sehr elendes, am Pott'schen Uebel leidendes Kind bei sich, das auch bald nachher starb. Der Keller war feucht, hatte wenig Licht und bestand aus drei getrennten Räumen, von denen der eine Raum von der Holzhauerfamilie, der andere kleinere Raum von der Schneiderfamilie und der kleinste Raum von der armen Wittwe mit ihrem kranken Kinde bewohnt wurde. Armuth, Dürftigkeit, Hunger und Noth machen nicht gesellig, sondern verzagt und mürrisch; sie steigern besonders da, wo Religiosität und geistige Bildung nicht einen moralischen Anhalt gewähren, den Egoismus bis zur Gefühllosigkeit und feindseligen Kälte gegen die Leiden des Nebenmenschen. Die drei Familien lebten zwar neben einander in demselben Kellergeschosse, aber nie mit einander; von den Erwachsenen hatte jedes Individuum mit sich zu thun; es hatte mit seinen Sorgen und seiner Noth jede Stunde des Tages zu kämpfen und zu ringen. Zu irgend einer Freude gab es weder Zeit, noch Gelegenheit, noch Lebensmuth; zur Geselligkeit fehlte die Lust und es fand kein Umgang zwischen den Familien statt. Selbst die Kinder aus den verschiedenen, neben einander liegenden Räumen des Kellergeschosses spielten nicht gesellig

mit einander, wie es sonst Kinder pflegen, sondern sie sassen alle Tage der Woche und auch die langen Winterabende allein, mutterseelenallein von Morgens bis Abends eingeschlossen in den Zimmern; denn was rüstig war zum Arbeiten, musste des Morgens früh aus dem Hause und kam erst des Abends spät zurück, um das zu schaffen, was zur Leibeserhaltung nothdürftig hinreicht. Von der Holzhauerfamilie, sowie von der Schneiderfamilie gingen jeden der sechs Wochentage Mann und Frau Sommers um 5 Uhr und Winters um 6 Uhr Morgens auf Arbeit; bei dem Holzhauer musste auch der 12jährige Sohn mit; die Arbeit dauerte bis Abends spät. Dann erst war sie vollendet, dann erst kehrten die Personen in ihre dürftige Wohnung zu ihren daheim gelassenen Kindern, die vielleicht nur ab und zu einmal von ihren Müttern besucht wurden, zurück, nicht um sich im Kreise derselben von den Anstrengungen, Mühen und Sorgen des Tages zu erholen, sondern um die bis dahin verwaisten Kinder zu Bette zu jagen und sich selber nach dem eingenommenen Abendessen auf das elende Lager zu werfen, damit für den nächsten Tag wieder zum Arbeiten die Kräfte da seien. So geht es Woche für Woche Jahre hindurch, und selbst der Sonntag dient nicht zur geistigen und körperlichen Erregung und Erquickung, sondern am Sonntag haben die Frauen wenigstens bis Mittag zu arbeiten, und die Männer vertrinken, wenn sie wirklich Musse und einen Groschen übrig haben, das Bewusstsein ihres Elends und ihrer Noth in Branntwein.

Was wir hier angegeben haben, gilt von Hunderten und aber Hunderten der niedersten Klassen Berlins und sicherlich auch von denen anderer, sehr grosser bevölkerter Städte. Am Wochentage, wenn die Erwachsenen der hier geschilderten Familien auf Arbeit waren, waren im ganzen Kellergeschosse nur die in ihren Zimmern eingeschlossenen Kinder und die Wittwe mit ihrem kränklichen Söhnchen zu finden; dieser Wittwe war vom Holzhauer und vom Schneider eine Art Aufsicht über die Wohnung und die darin zurückgelassenen Kinder anvertraut worden, aber diese ihre Aufsicht übte sie nur in sofern, als sie aus Furcht vor Dieben die nach der Strasse führende Kellerthüre immer sorgfältig verschlossen hielt; um die zurückgelassenen Kinder ihrer Nachbaren bekümmerte sie sich gar nicht, dazu war sie zu mürrisch, verdrossen und auch zu angestrengt beim Abhaspeln ihres Quantums Wolle.

Die Kinder des Holzhauers, wie das Töchterchen des Schneiders waren also für sich den Tag über eingeschlossen in ihren Zimmern,

folglich folgenden Momenten preisgegeben: 1) der Einsamkeit; 2) der schlechten, abgesperrten, mit feuchten Dämpfen und ungesunden Effluvien erfüllten Kellerluft in der engen, schmutzigen Gasse; 3) dem Mangel an Sonnenlicht, von dem kein Strahl in die Kellerwohnung drang. Zu diesen Momenten, die schon einigermaassen an die Einflüsse erinnern, welche auf die Bewohner der dem Sonnenlichte und Luftzuge wenig zugänglichen, mit organischen Ablagerungen bedeckten und mit Feuchtigkeiten angefüllten, tiefen Alpenthäler und Alpenschluchten wirken, kamen aber noch folgende: 4) eine dürftige Erwärmung, begründet einestheils in mangelhafter Bekleidung der Kinder, in mangelhafter Bedeckung derselben während der Nacht und in mangelhafter Erheizung des meistens feuchtkühlen Kellers; 5) unzureichende Ernährung, insofern die Kinder sehr selten Fleischnahrung, meist nur schlecht beschaffene, mit Wasser verdünnte Milch und ausserdem noch grobe Pflanzenkost, Kartoffeln, Rüben, Kohlarten u. dergl. erhielten; 6) Unreinlichkeit, indem die Kinder höchstens des Sonntags einmal gewaschen wurden, die ganze Woche hindurch aber sich selber überlassen blieben; ein Bad erhielten sie nie, weil den Eltern hierzu die Musse und die Gelegenheit fehlte; endlich 7) harte Behandlung Seitens der Erwachsenen; denn wenn diese Abends nach einem Tage voller Anstrengung heimkamen und sich aufs Lager warfen, wollten sie Ruhe haben und durch kein Kindergeschrei, durch kein lautes Geräusch oder Gestöhne der Kinder gestört sein; trat solches ein, so wurden die Kinder ohne Weiteres mit Prügeln und Kopfstössen traktirt und in einen dunkeln Winkel des Zimmers geworfen.

Von diesen feindlichen Momenten, die auf die Kinder einwirkten, können wir vielleicht noch zwei annehmen, die auf die armen Kinder in den tiefen Schluchten und Thälern der Alpen, wo Kretinen vorkommen, ebenfalls einwirken, nämlich mangelhafte, dürftige Bekleidung und unzureichende Ernährung, besonders Mangel an Fleischkost.

Wir wollen sehen, nachdem wir alle diese Umstände geschildert haben, in welchen die Kinder aufwuchsen, welches der Zustand dieser letzteren war, und dann wollen wir erörtern, ob wir die hier genannten feindlichen Einflüsse mit dem Zustande der Kinder, wie Ursache und Wirkung, zu verknüpfen im Stande sind.

Was zuvörderst die Tochter des Schneiders betrifft, so glich sie so vollständig einem Kretin der Alpen, dass wir, als wir sie zum ersten Male sahen, wirklich stutzig wurden. Das Kind hatte nämlich einen dicken, hervorstehenden, schweren Bauch, sehr dünne Arme und dünne,

etwas krumme Beine mit verdickten Gelenkenden; ein sehr welkes, lappiges Fleisch, eine trüb aussehende und hier und da mit trockenen Flechtenschorfen bedeckte Haut, Runzeln auf dem Gesichte mit einem sehr dicken, fast kahlen Kopfe, mit niedriger, etwas herübergedrückter Stirne und gerötheten Augenlidern. Der Blick des Auges ist stier, verstandlos, wie der eines Blödsinnigen; das Kind kann nur wenige Worte deutlich sprechen, ist sehr arm an Begriffen, kann tagelang apathisch und träge auf einem Flecke sitzen, ohne zu spielen und ohne sich sonst zu beschäftigen, und nur, wenn es ein thierisches Bedürfniss hat, wird es lebhafter und bewegter. Das Kind ist sehr gefrässig und frisst namentlich die grobe Pflanzenkost, welche es erhält, mit wahrer Gier und thierischer Lust. Es kennt Vater und Mutter sehr wohl, vernimmt deren Stimme und richtet sich nach derselben, obwohl langsam und mit grosser Indolenz; es hat Furcht vor Strafe und diese stete Furcht vor harter Behandlung giebt, gepaart mit der Geistesstupidität dem Antlitze des Kindes, einen eigenthümlichen Ausdruck. Den Kopf lässt das Kind stets vornüberhängen, der Mund steht offen, weil der Unterkiefer schlaff herabhängt; die Nase ist platt, wie eingedrückt, die Lippen wulstig, das Haar spärlich und der Hals mager, schlaff und gekrümmt. Bei Tage verrichtet das Kind seine Nothdurft, indem es selber einen im Kellerraume dazu vorhandenen Eimer aufsucht; in der Nacht aber macht es sowohl den Urin wie auch bisweilen den Koth unter sich, wird dann aber sehr hart gezüchtigt und bestraft.

Wir gehen jetzt zu den jüngeren Kindern des Holzhauers. Das ältere dieser beiden Kinder befindet sich fast in demselben Zustande; nur hat es einen nicht so dicken Kopf, wofür jedoch derselbe mit Grindschorfen bedeckt ist; auch ist es ein wenig agiler, jedoch noch immer im hohen Grade träge, indolent, theilnahmlos und schweigsam. Es kann ebenfalls, wie das vorhin erwähnte Töchterchen des Schneiders, viele Stunden des Tages auf einer und derselben Stelle einsam sitzen ohne zu spielen oder sonst zu agitiren; es spricht wenig und kaum verständlich. Es hat ein sehr welkes Fleisch mit dickem, vorgetriebenem Bauche, dünne, schwache Gliedmaassen, eine schmutzig aussehende Haut und ist sehr gefrässig; es hat eine grosse Gier namentlich nach groben Speisen. Es kann nur wenig sprechen, ist ebenfalls sehr arm an Begriffen und kann sich nur wenig verständlich machen. Das Kind ist ebenfalls klein, für sein Alter wenig angewachsen und sehr kraftlos. — Das jüngste Kind des Holzhauers war

fast eben so beschaffen; es hatte einen sehr dicken, vom schlaff herüberhängenden Kopf mit dem Ausdrucke der Dummheit; die Zähne waren wenig entwickelt; der Bauch war aufgetrieben, hart; die Haut sah schmutzig gelb aus und hatte hier und da, namentlich im Antlitze, viele Runzeln. Dieses Kind konnte sich noch gar nicht verständlich machen; obwohl es Vater und Mutter kannte. Es machte meistens, sowohl bei Tage als bei Nacht, seine Exkremente unter sich, wogegen die stets darauf folgende harte Züchtigung durchaus nichts half.

Wir haben in kurzen Zügen das Bild dreier Kinder gezeichnet, wie sie die ärmeren Klassen grosser Städte in verschiedenen Variationen und Abstufungen überaus häufig nachweisen können. Will man dergleichen Geschöpfe auffinden, so muss man die elenden Spelunken und dürftigen Wohnungen der Armen aufsuchen; denn Kinder, wie wir sie beschrieben haben, werden von ihren Eltern, weil sie sie nicht für krank halten, weder in die Hospitäler noch zu den Aerzten gebracht, und nur dann wird ärztliche Hülfe für sie in Anspruch genommen, wenn der Zustand in eine wirkliche auffallende Krankheit ausartet, wenn Rhachitis und skrophulöse Geschwülste und Geschwüre, oder Marasmus sich hinzugesellen, oder wenn bei vorgerückteren Jahren das Kind vollkommen idiotisch wird.

Ein vollkommen idiotisches Kind, Namens Anna Ehrengrube, hatte mein Kollege, Hr. Dr. Schnitzer, in seiner Kinderheilanstalt zu behandeln; er beschrieb mir das Kind mit folgenden Worten: „Dieses Kind stellte das Bild des vollendeten Kretinismus dar; es unterschied sich von den wahren Kretinen der Alpen nur sehr wenig, es war vollkommen idiotisch, im höchsten Grade gefrässig, hatte ein sehr welkes schlaffes Fleisch, eine runzelvoll, trüb aussehende, schmutzige Haut; der Kopf war dick, hatte eine etwas nach hinten zurückgedrängte Stirne, wenig Haare, eine dicke, schwere Zunge, war indolent, apathisch und schien nicht recht hören zu können. Alle seine thierischen Verrichtungen gingen normal von statten, nur macht es sowohl bei Tage als bei Nacht unter sich. Es hatte einen aufgetriebenen Leib, einen watschelnden Gang, gab blos unartikulirte Töne von sich, namentlich wenn es essen wollte, kurz es war das vollendete Bild eines Kretinen; ja sogar ein Kropf von geringem Umfange war vorhanden. Wir haben dieses Kind einige Zeit in der Anstalt behandelt und zwar mit sichtbarem Erfolge, der offenbar der geregelten Diät, der bessern Kost und Bekleidung, der grössern Reinlichkeit und Pflege beizumessen war; leider konnten wir die Kleine nicht lange genug in der An-

stalt behalten, um sie vollkommen herzustellen; es hätte dazu wahrscheinlich mehrerer Jahre bedurft."

Hat man nicht das Recht, den hier an diesem letztgenannten Kinde sowie an dem frühern, beschriebenen Zustand eben so gut Kretinismus zu nennen, wie man einen ähnlichen Zustand in den Alpenthälern so benennt? Worin unterscheidet sich dieser Kretinismus der grossen Städte von dem Kretinismus der Alpen? Ist es das Fehlen des Kropfes? Aber wir haben gesehen, dass der Kropf nichts Wesentliches ist, dass auch in den Alpen Kretinen ohne Kröpfe vorkommen. Ist es der grössere oder geringere Grad von Idiotismus, der entscheidet? Aber auch bei den Kretinen der Alpen ist der Idiotismus in verschiedenen Graden vorhanden und zeigt sich oft nur im geringeren Grade als Stupidität, grosse Dummheit und Sinnenstumpfheit mit Ausnahme des Geschmacksinnes. Wenn die Kretinen in der Schweiz mit mehr Liebe gepflegt und gehegt werden, als die Kretinen in den dürftigen, der Noth und den Sorgen preisgegebenen Klassen Berlins, so muss dies allerdings einen Einfluss auf den Zustand haben, und in der That werden die Kretinen in der Schweiz wohl 20 bis 30 Jahre alt, während die Kretinen der grossen Städte vielleicht kaum das 15te oder 16te Jahr erreichen. Dieser eben erwähnte Umstand ist es aber auch, der den Kretinismus grosser Städte bedeutend modifizirt; die harte und rohe Behandlung Seitens der Erwachsenen, denen in ihrer sorgenvollen Lage die Kinder mehr eine Last als eine Freude sind, drückt diese armen Geschöpfe noch mehr danieder und lässt sie noch mehr verkümmern und noch früher dahinsiechen oder in abzehrende Krankheiten verfallen, als in den Alpen, wo die Kretinen wenigstens sehr oft eine liebevolle Behandlung erfahren und vielleicht auch reinlicher und bei etwas besserer Kost gehalten werden. Die übrigen früher genannten nachtheiligen Einflüsse zeigen gewiss auch manche Verschiedenheiten, indessen sind sie doch wohl in ihrer Hauptwirkung sich gleich. Schlechte, stockende, mit Effluvien geschwängerte Luft, feuchtkalte Dünste, Mangel an Sonnenlicht, grosse Einsamkeit, Mangel an gehöriger Erwärmung, unzureichende Nahrung und Mangel an gehöriger Reinlichkeit sind sowohl in den tiefen Schluchten und Thälern der Alpen, wie in den tiefen Schluchten, Winkeln und Höfen grosser Städte wirksam, nur dass vielleicht die Luft in grossen Städten noch schädlichere Beimischungen enthält, die Milch und die übrige Kost noch schlechter ist, die Erwärmung durch die Kleidung und Erheizung noch dürftiger und der Schmutz noch grösser ist.

Wenn uns der Kretinismus noch nicht bekannt wäre, wohin müssen, würden wir fragen, solche Einflüsse wie die obengenannten führen? Die erste Wirkung wird offenbar eine schlechte, mangelhafte Blutbereitung sein, nämlich ein anämischer, oder vielmehr chlorotischer Zustand, in welchem das Blut bekanntlich arm an Faserstoff und an Blutkügelchen ist und zur Ernährung und zum Ersatz wenig taugt. Die zweite Wirkung muss sein: Skropheldyskrasie, namentlich Verdickung und Vergrösserung der Mesenterialdrüsen und Ueberfüllung der Unterleibsorgane. Eine dritte Wirkung muss sein: Mangel an Turgor und Vitalität der äusseren, durch Kälte, Feuchtigkeit und Unreinlichkeit erschlafften Haut, und endlich die vierte Wirkung muss sein eine Abstumpfung der Sinne aus Mangel an Uebung derselben und eine Depression aller Geistesentwicklung durch stete Einsamkeit und harte Behandlung.

Wir würden aus dem hier Mitgetheilten bis auf Weiteres folgende Schlüsse zu ziehen wagen:

1) Es giebt einen Kretinismus grosser, übermässig bevölkerter Städte, wie es einen Kretinismus der Alpen giebt.

2) Dieser Kretinismus findet sich in den schluchtenartigen Wohnungen und abgeschlossenen, in engen Winkeln oder tief belegenen Räumen, gerade wie er in den Alpen in den Schluchten und tiefen, abgegränzten Thälern derselben vorkommt.

3) Der Kretinismus grosser Städte unterscheidet sich nicht wesentlich von dem Kretinismus der Alpen, nur macht er vielleicht einen rascheren Verlauf und endet öfter mit Marasmus als letzterer.

4) Die Ursachen, die den Kretinismus grosser Städte hervorrufen, sind auch in den tiefen Schluchten und Thälern der Alpen zu finden, und ohne Zweifel sind sie es, die auch dort den Kretinismus erzeugen.

5) Diese Ursachen sind:

a. stockende, feuchtkalte, mit schlechten Effluvien geschwängerte Luft;

b. Mangel an vollem Sonnenlicht;

c. mangelhafte Erwärmung;

d. unzureichende, besonders an thierischen Elementen arme Kost;

e. Einsamkeit und Abscheidung von jeder auf die Geistesentwickelung wohlthätig wirkenden Geselligkeit;

f. Vernachlässigung, sowohl in Bezug auf Reinlichkeit als auf sonstige Pflege.

6) Alle diese Einflüsse wirken zuvörderst auf eine schlechte,

mangelhafte Sanguifikation; dieser anämisch-chlorotische Zustand ist mit skrophulös-rhachitischer Dyskrasie verbunden, welche durch dieselben Einflüsse mit erzeugt wird. Dann wirken sie auf ein Daniederhalten aller Geistesentwickelung und auf eine Abstumpfung der Sinne aus Mangel an Uebung derselben.

7) Demnach würde der Kretinismus seinem Wesen nach als eine vorzugsweise mit Chlorose und dann mit Stupidität des Geistes und der höhern Sinnesorgane verbundene skrophulös-rhachitische Dyskrasie aufzufassen sein.

II. Analysen und Kritiken.

Zur Therapie der Kinderkrankheiten.

(Lexikalisch-therapeutisches Wörterbuch für den Arzt am Krankenbette, zur raschen Orientirung und Wahl des Kurplans, vom Standpunkte der Wissenschaft und Erfahrung bearbeitet von Kleneke, Professor in Braunschweig. Leipzig 1846, bei Ch. E. Kollmann. 12. 474 S.)

Nachdem der wohlbekannte Hr. Verf. schon so Vieles in so mannigfacher Richtung geschrieben, hat er auch ein lexikalisch-therapeutisches Wörterbuch ausgefertigt, einen *Moniteur de poche*, wie er es nennt, den der praktische Arzt bei sich tragen soll, um sich schnell beim Krankenbette zu orientiren. Ist es eine Eselsbrücke? Ja und nein, wie man es nehmen will! *Ja* — denn es soll der praktische Arzt Alles, was er in seiner Kunst bedarf, so genau inne haben, dass er nicht erst am Krankenbette, wenn der Fall ihm gerade vorkömmt, ein Büchlein aus der Tasche zieht und nachschlägt, um ein Mittel dafür zu finden; der Arzt soll seiner Wissenschaft so mächtig sein und sich immer so auf der Höhe derselben zu halten wissen, dass ihm Nichts von Bedeutung fremd ist, dass er nicht nöthig hat, zu kleinen, nicht dem forschenden Geiste, sondern nur der Trägheit als Krücke dienenden Kompilationen zu greifen; insofern ist das vor uns liegende Büchlein eine Eselsbrücke! Aber es ist keine Eselsbrücke, wenn wir bedenken, dass *non omnia possumus omnes*, dass wir nämlich aller unserer Anstrengungen ungeachtet bei dem grossen Umfange unserer Wissenschaft doch nicht umhin können, Manches, ja Vieles nicht zu wissen, oder dass wir ob unseres durch tausend andere weltliche Dinge in Anspruch genommenen, durch Geistesemotionen

mannigfacher Art geschwächten Gedächtnisses nicht Alles, was wir gelernt haben; uns gerade, wenn wir es brauchen, vergegenwärtigen können; insofern ist das vor uns liegende Büchlein keine Eselsbrücke, sondern nur ein Verlegenheitsaushelfer.

Es sollte auch nach des Verfassers eigenem Geständnisse nichts weiter sein. „Gegenwärtiges lexikalisches Wörterbuch", sagt er in der Vorrede, „wurde nur zu dem Zwecke ausgearbeitet, alle gültigen und bewährten Methoden und Mittel zur Heilung von Krankheiten der Art zusammenzutragen, dass sie bei jedem speziellen Falle vom Arzte nachgesehen werden können, und der in Verlegenheit kommt, wenn er in der Wahl des Kurverfahrens zweifelhaft oder zu einem neuen Falle in seiner Praxis hinzugerufen würde."

Hier ist das Buch offenbar eine Eselsbrücke; aber der Verf. fährt weiter fort: „eine auf diese Weise geordnete praktische Therapie bleibt dem beschäftigten und im äusseren Leben vielfältig zerstreuten Arzte immer ein grosses Erleichterungsmittel; er kann dieses Taschenbuch ohne Zeitverlust in der Praxis benutzen, kann, wenn er dasselbe mit Schreibpapier durchschiessen lässt, mit Leichtigkeit alles Neue aus eigener und fremder Erfahrung hinzufügen und sich so einen praktischen Taschenmoniteur schaffen, der seiner Sicherheit am Krankenbette zur Hülfe kommt."

Hier ist das kleine Buch wieder keine Eselsbrücke, sondern dient dem praktischen Arzte zur Erleichterung seines schweren Berufs, und dazu ist es auch in der That sehr zu empfehlen; es ist kompendiös, sehr bequem gestaltet und kurz und bündig geschrieben; nur hätten wir etwas mehr selbstständige Kritik gewünscht und mehr Rücksicht auf die älteren Aerzte, deren Erfahrungen und Heilregeln noch immer grossartig und imponirend in unsere Zeit hineinragen; wir meinen hier die uns überkommenen Verfahrungsweisen von Männern wie Bagliv, Sydenham, Fr. Hoffmann, Stoll, Peter Frank, Vogel, Richter u. A. Vielleicht hat den Verf. vorausgesetzt, dass diese älteren Autoren den Aerzten unserer Tage hinreichend bekannt seien und dass ihnen nur das Neue und Neueste fehlen könne; wir glauben, dass dem gerade umgekehrt ist, dass nämlich unsere Bekanntschaft mit den älteren Aerzten der Aushülfe bedürfe, und wenn der Verf. *Kleinii Interpres clinicus*, so würden ihm die Zitationen der Alten ein Leichtes gewesen sein. Sollte dies Buch eine zweite Auflage erleiden, die wir ihm wünschen, so würden wir dem Verf. ernstlich dazu rathen.

Die einzelnen Artikel sind in Betracht der Kürze des Raumes, und der Tendenz, die der Verf. sich vorgesetzt hat, recht gut, jedoch meist in gar zu epitomistischem, fast lapidarischem Style abgefasst, und wir werden zum Beweise dessen einige davon unsern Lesern zur Probe vorführen.

Wir wählen natürlich nur solche, die in die Praxis der Kinderkrankheiten einschlagen:

Angina gangraenosa. Rachenkrup. Die Krankheit zu kupiren, können dienen Brechmittel oder ½ bis 1 Skrupel Kalomel auf einmal frühzeitig (Canstatt). Ist die Krankheit ausgebildet: Neutralisation des spezifischen Prozesses: Ammonium, Chlor, Holzsäure, Mineralsäure, Kupfervitriol, China. — Kalomel in grossen Dosen (Canstatt, Abercrombie, Guersant); Blutentziehungen sind gefährlich (Bretonneau), vielleicht nur anwendbar bei übermässiger Steigerung örtlicher Entzündung (Canstatt); Hautreize durch Vesikator, Senfteig u. s. w. sind zu vermeiden; dagegen empfehlungswerth warme Umschläge von aromatischen Kräutern, Dekokten bei innerlichem Gebrauche von mineralischen und vegetabilischen Säuren, und als Getränk oxydirte Salzsäure, Waschungen mit Chlor, Essig. Dabei kräftige Diät von leicht verdaulichen Dingen, Bouillon, Wein. Oertlich: kräftige und schnelle Zerstörung des Sekrets, bei vitaler Umstimmung des mukösen Absonderungsbodens. Bestreichen der Schleimhaut mit Salzsäure in Rosenhonig (¼ bis ⅛) (v. Swieten, Bretonneau, Guersant). Zuweilen sind zur Bezwingung des pseudo-plastischen Produkts schon zwei Bestreichungen hinreichend. Nimmt man ein anderes Arzneimittel, z. B. Höllenstein (Mackenzie), Kalomel und rothen Präcipitat (Trousseau), *Cuprum sulphuricum,* Holzsäure (Barth, Lorche), Alaun (Bourgois), entweder als Gurgelwasser, Pulver, in ganzer Substanz u. s. w., immer muss die Wirkung die ganze kranke Bodenfläche durchdringen und man muss die Kauterisation gründlich vornehmen. Bei minderer Gefahr: Gurgelwasser von Eichenrinde oder Chinarindendekokt mit Salzsäure, Chlor, *Cuprum sulphuricum,* Alaun u. s. w. Blei innerlich und äusserlich gab Hamilton. Aeusserlich 20 Gran *Sacchar. saturninum* und 8 Unzen Wasser zum Gurgeln. Vor der Kauterisation zur Lösung der Pseudomembranen räth Canstatt erst ein Brechmittel zu geben. Chlordämpfe (nach Bretonneau) sind gefährlich. Zwischen der Aetzapplikation lässt man gurgeln mit schleimigen Dekokten oder Chinadekokt mit Mineralsäure.

Angina membranacea. Krup; häutige Bräune. Frühzeitig kupirt ein Brechmittel: *Vinum emetic.* und *Oxymel scillit.* āā ℥j. Alle 10 Minuten einen Kinderlöffel voll. Oder *Syrup. emetic.* ℥j, *Pulv. Rad. Ipecacuanhae* 12 Gran. Die Hälfte auf einmal. — Bei hartem Pulse und entzündlicher Heftigkeit: Blutegel, bei grösseren Kindern ein Aderlass von 2 — 6 Unzen. Kalomel ½ Gran bis 2 Gran alle ½ Stunden bis alle Stunden. Will das Kind nicht einnehmen, Einreibungen von Merkurialsalbe in die Lenden bis zu 1 — 2 Unzen in 6 Stunden (Niemann), machen bei kleinen Kindern selten Salivation. Kalte Essigklystiere (auf jedes Jahr des Alters 1 Löffel gerechnet). Bei eintretenden Kalomelstühlen entweder das Kalomel fortsetzen mit

etwas Goldschwefel, oder das Kalomel aussetzen und statt dessen Salmiak, Brechweinstein in kleinen Dosen. Digitalis oder *Cuprum sulphuricum* (Hoffmann) alle halbe bis ganze Stunden $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$ Gran, kohlensaures Natron (Hellmag) oder Kali auf den Tag ʒj bis ℥iβ. — Einige geben in dieser Zeit Brechmittel. Gleich nach den frühzeitigen Blutegeln äusserlich ein Blasenpflaster auf den Hals, wobei zuvor die Blutegelstiche mit Heftpflaster bedeckt werden. Heftige Entzündung erheischt das Vesikator auf die Brust oder auf den Nacken, was überhaupt wohl dem Legen an den Hals vorzuziehen ist. Warme Bäder. Brechmittel sind übrigens in dieser Zeit besonders schätzenswerth, namentlich in Verbindung mit Squilla. Die Brechmittel können eine stärkere Dosis als gewöhnlich enthalten (*Zincum sulphuricum*). Sie können der Exsudation vorbeugen oder doch Schranken setzen, indem sie zugleich das Exsudirte entfernen. *Cuprum sulphuricum* beschränkt besonders die Exsudation und stimmt das Gewebe günstig um. Malin giebt es schon früh, während Blutegel gesetzt sind, in Dosen, die zuweilen Erbrechen erregen; bei einjährigen Kindern $\frac{1}{4}$, bei zweijährigen und dreijährigen $\frac{1}{3}$, bei älteren $\frac{1}{2}$ Gran mit $\frac{1}{2}$ Gran Kalomel und nöthigem Zucker, alle 2 Stunden. Zwischen jedem Pulver giebt Malin: ℞ *Kali nitrici depur.* gr. iv — ℈β, *Liquor. Ammon. acetic., Aq. Cerasor.* āā ʒij, *Mucilag. Gummi arab., Syrup. Menth.* āā ℥β. Oefters einen Theelöffel voll. Blande Diät und Zimmertemperatur von 18 bis 20 ° R. Steigern sich die Erscheinungen, dann neue Blutentziehungen und reichliches Kalomel. Auch den torpiden Krup behandelt Malin mit *Cuprum sulphuricum* in etwas grösseren Dosen mit Kalomel zu 1 — 2 Gran pro dosi und mässigerer Blutentziehung. Erfolgt ungünstiger Weise nicht bald Erbrechen, dann statt des Kupfers: Kalomel, *Sulphur aurat.* und Kampher und *Inf. Senegae* ℥iv (e ʒij parat.) mit *Tart. emetic.* gr. iβ, *Oxymel scill., Syrup. Ipecacuanh.* āā ʒiij. — Wirkt auch dieses nicht nach 10 — 12 Stunden, dann eine volle Dosis *Cuprum sulphuricum.*

Hydrocephalus acutus. Hitzige Gehirnwassersucht. 1) Bei Kindern: Im Stadium der Turgeszenz: Hinreichende Blutegel, Umschläge von kaltem Wasser oder Eis auf Kopf und Nacken, bis die Hitze aufhört. Innerlich Kalomel, gleich zu Anfang starke Dosen von mehreren Granen, nachher alle Stunden 2 Gran, nöthigenfalls (bei torpidem, lymphatischem Organismus) mit Abführmitteln verbunden, namentlich Jalappe. — Man lässt in den Kopf, besonders bei kleinen Kindern, wo der Merkurialismus weniger zu fürchten ist, täglich 1 bis 3 Drachmen Quecksilbersalbe einreiben, besonders wo man dem Kinde innerlich nichts einbringen kann, und zur Ableitung täglich mehrere kalte Essigklystiere geben. Schwächlinge erfordern auch hierin Vorsicht. Sind aber die Symptome der Entzündung und heftigen Irritation nicht deutlich ausgesprochen, sind die Kinder sehr schwächlich, lymphatisch, dann darf man mit Blutegeln, Kalomel und kalten Umschlägen nicht zu stürmisch verfahren, muss im Gegentheile grosse Vorsicht gebrauchen, und in solchen Fällen sind Hautreize wirksam und die Verbindung des Kalomel mit Nitrum, *Kali aceticum* etc. erlaubt frühzeitig einen gelinden reizenden Zusatz, z. B. *Aq. Valerianae* (Rampold). Sind die entzündlichen Symptome hervortretend, so darf man

mit Kalomel kräftiger eingreifen und man giebt es, wenn kein Brechreiz vorhanden ist, mit Digitalis oder auch gern mit Nitrum. Bei Säure im Magen giebt man in den Zwischenzeiten der Kalomelpulver etwas Magnesia. — Frühe Hautreize sind um so wichtiger, wenn Ausschläge zurückgetreten sind. (Man reibt z. B. bei zurückgetretenem Kopfausschlage Kantharidentinktur auf den Kopf und legt kalte Umschläge darüber.) Ist heftiges Erbrechen zugegen, dann legt man einen Senfteig auf den Magen, setzt hier Blutegel, giebt Magnesia, Brausepulver, Essigklystiere. Immer aber beobachte man äussere Ruhe und nicht zu tiefe Kopflage und beschatte das Zimmer. (Jahn empfiehlt in dem ersten Stadio kohlensaures oder essigsaures Blei in Verbindung mit Abführungen [dem aber wohl nicht getrauet werden darf]; Griffith empfiehlt grosse Dosen *Tart. stibiatus*, die aber durch Erbrechen die Kongestionen zu vermehren pflegen. Bland lässt die beiden Karotiden periodisch mit dem Daumen komprimiren, etwa 50 — 60 Sekunden lang.)

Im Stadio der entzündlichen Reizung: Fortsetzung der Behandlung aus dem ersten Stadium. Zeigt sich Schlafsucht, dann kräftige Hautreize, wiederholt und dem Grade der Reizung entsprechend. — Schwächliche Kinder erfordern Vorsicht mit Kalomel, es wird am besten bei ihnen, mit etwas Moschus, Valeriana gegeben; — kachektische Kinder, besonders mit tuberkulösen Lungenleiden, mit Wasserkopf, vertragen Kalomel immer nicht, nur bei kräftigeren Kindern kann es neben anderen antiphlogistischen Mitteln kräftige Anwendung finden. Man rühmt auch Zusätze von Digitalis oder Gaben von *Tinct. Colocynthidis*, Squilla, Jodkalium, *Tart. boraxat.* — Schlegel handelt folgendermaassen: Er bringt doppelte, inwendig mit Oel ausgeriebene und darum nicht nässende Schneeblasen auf den Kopf, dass Zittern und Frost in mässigem Grade eintreten. Alsdann lässt er die Blasen alle Stunden 15 Minuten lang weg, bis sie nach 8 — 12 Stunden ganz wegbleiben. Früh (nach der vielleicht erforderlichen Blutentziehung) macht er kalte Uebergiessungen des Kopfes, wobei der übrige Körper durch Wachstuch geschützt wird. So oft Koma wieder eintritt, werden diese Kopfbegiessungen wieder erneuert. So lange Schweiss eintritt, müssen die Begiessungen und die Blasen auf den Kopf fortbleiben und nur die Schneeblasen finden ihre Anwendung, wenn das Kind weniger als 1 Jahr alt ist. — Dabei lässt Sch. laxiren, indem er Kalomel und Jalappe giebt, er benutzt auch Digitalis, lässt grosse Blasenpflaster auf Kopf und Nacken wirken und bei Betäubung und Krämpfen verordnet er Moschus. — Mancher Arzt dürfte zu dieser heroischen Kur, namentlich bei schwächlichen Kindern, keinen Muth haben.

Im Stadio des Hirndruckes: Bei kräftigen Kindern und bei sthenischem Charakter ist noch Kalomel indizirt und ausser kalten Umschlägen, die jetzt wegbleiben müssen (und die Romberg mit warmen vertauschen lässt [?]), wird die Behandlung des vorigen Stadiums fortgesetzt, wobei sich besonders die Einreibungen von grauer Salbe wirksam zu zeigen pflegen. Hautreize, z. B. Krotonöl, Neumann's Teig aus Cantharidenpulver, Mehl und Wasser, scharfe Salben, Blasenpflaster auf den Kopf. — Einreibungen von *Acetum scillitic.*, *Tinct. Cantharid.*, Doppeljodqueeksilber, Terpenthinöl. Heilsam ist

meist die Erregung künstlicher Geschwüre. Schwächliche und torpide Kinder erfordern neben oder ohne Kalomel eine mehr reizende Behandlung, die auch bei chronischer Form indizirt ist; man giebt Kampher, *Flor. Arnicae,* Ammoniak (bei tuberkulösen Kindern gab man selbst Chinin, oder Moschus, Serpentaria [Pitschaft]). Kräftige Kinder erfordern dagegen auch hier oft Kalomel und Blutentziehungen. Es ist jedenfalls wichtig, den Reizungs-, Entzündungs- oder Erschöpfungszustand im jedesmaligen Falle zu beurtheilen und danach unter den genannten Heilmitteln zu wählen. — Ueber die Wirkung der kalten Begiessungen in diesem Stadio sind die ärztlichen Erfahrungen noch nicht übereinstimmend; dafür erklärten sich: Heim, Formey, Theurer, Klohss, Schwarz u. s. w.; dagegen: Vogt, Sgrabondi, Guersant u. s. w. (Jahn empfahl namentlich bei Wassererguss alle 3 Stunden ein Pulver aus Kalomel und Digitalis āā $\frac{1}{2}$ Gran, reine Jodine $\frac{1}{12}$ Gran, Gummipulver 10 Gran, in welcher Mischung sich chemisch $\frac{1}{8}$ Gran Doppeljodquecksilber und $\frac{1}{12}$ Gran Sublimat bildet. Im Anfange gab er oft nur $\frac{1}{24}$ Gran Jod und zuletzt wurden selbst halbe Pulver nicht mehr vertragen. Jahn gab diese Pulver 14 Tage lang und zugleich liess er kalte Begiessungen machen. —) Es giebt in diesem Stadium viele sich widersprechende Behandlungsweisen, die alle den Patienten retteten. (Darwall: Blasenpflaster und Merkurialsalbe; Krause: Senfbäder, Kalomel mit *Liq. C. C. succinat.,* Digitalis, Kampher; Jahn: Blasenpflaster, Kalomel, Jod; Alken: Merkurialsalbe, Kalomel, Digitalis, *Sulphur aurat.,* Rheum; Röser: täglich eine Drachme Jodkalium mit vielem Wasser; dabei Blasenpflaster in den Nacken und vorher Kalomel mit Jod. Auch Amelung lobt das Jodkalium, ebenso gebrauchten es Fluder und Wöniger mit grossem Erfolge. Letzterer gab: *Kali hydrojod.* 1 Drachme, *Aq. destill.* $\frac{1}{2}$ Unze. Alle Stunden 40 Tropfen mit Zuckerwasser, gestiegen bis 50 Tropfen; das Kind wurde trotz des Sopor, des Erbrechens und der Lähmung gerettet. Ueberhaupt ist im paralytischen Stadium das Jodkalium sehr zu berücksichtigen.)

Im Stadio der Konvulsionen: Fortgebrauch der Mittel aus dem vorigen Stadio. — Hülflosigkeit der Kunst.

(Behandlung des *Hydrocephalus acutus* nach Blackmore: Frühzeitige Blutentziehung, selbst bei 18monatlichen Kindern ein Aderlass von $1\frac{1}{2}$ Unze. Kalte Eisüberschläge, bei hart bleibendem, frequentem Pulse und behinderter neuer Blutentziehung: *Tart. stibiat.* mit Abführmitteln unter Fortgebrauch des Eises. — Er hält den Merkur nur nach vorhergegangenen Blutentziehungen wirksam, will aber statt der Digitalis lieber Kolchikum als beruhigenden Zusatz empfohlen wissen. Ist im letzten Zeitraume der Krankheit der Organismus unter Merkurgebrauch wieder reizbar geworden, dann Hyoszyamus oder Morphium. Bei intermittirendem Kopfschmerze ist Opium nicht erlaubt. Pustelsalbe auf den kahlen Kopf tadelt er, gegen hartnäckige Verstopfung giebt er Kalomel mit *Ol. Ricini,* Sennaklystiere, kalte Begiessungen und Waschungen des Rückgrats. Das symptomatische Verfahren gegen das Erbrechen tadelt er, und nur im äussersten Falle stillt er es durch Aufträpfeln von Aether auf das Epigastrium. Gegen Krämpfe lässt er das Rückgrat mit warmem Wasser waschen. —) — (Melion findet gegen *Hydrocephalus acutus* nach reiner Erkältung

örtliche Blutentziehungen von geringem Erfolge; dagegen aber empfehlenswerth: Eisüberschläge, Vesikantien im Nacken, Senfteige auf Waden, Fussohlen, Oberschenkel und kühlende Abführmittel; Suffert fand die Einreibungen von Brechweinsteinsalbe alle 2 Stunden in Scheitel, Schläfe und Nacken neben Kalomel nach Münchmeyer's Vorschlage vom besten Erfolge, als äusserlich am vierten Tage die Entzündung eintrat.)

Scrophulosis. Drüsenkrankheit. Man regulirt die Diät, Milch, gesunde Luft, Licht, besonders Sonnenschein; Malzbäder, Bäder von Gallerte. Die Neigung zur Verstopfung hebt man am geeignetsten durch Klystiere. Zur Anregung der Verdauung bittere Stoffe, wie Anis, Fenchel, Kalmus, Rheum in kleinen Dosen; bei Säure: *Aqua bicarbonica*, oder *Magnesia carbonica* ½ Drachm., *Tinct. Rhei aquos.* 1 Drachm., *Aq. Menth. crisp.* 6 Drachm., *Syrup. Althaeae* 1 Unze. Für ein Kind von ½ Jahre alle 1½ Stunden 1 Theelöffel voll. — Zur direkten Kur gegen die Dyskrasie eignen sich Soolbäder, selbst Bäder von Mutterlauge. Bei aufgetriebenem Unterleibe, Drüsenknoten, Ausschlägen, torpidem Charakter muss man energischer eingreifen; man verbietet Brod und verordnet salinische Mineralwässer, bei Armen Kochsalz und Wasser und zu Bädern 10 Theile ungereinigtes Kochsalz, 1 Theil Chlorkalcium, in Quantitäten von ¼ — 2 Pfund zu einem Bade. — Vetter lobt zu Bädern die Kreuznacher Mutterlauge und zum innerlichen Gebrauche die bromhaltige Kreuznacher Elisabethquelle mit etwas Kohlensäure. Heilsam sind auch die Bäder zu Kissingen, Ischl. Bei Erethismus sind die rein alkalischen Bäder zu Anfange vorzuziehen, wie Ems. — Im Anfange, wo immer Reizung des Lymphgefässlebens vorhanden ist, nährt man durch die Diät nicht zu stark; man vermeide nur erhitzende, gewürzhafte Substanzen, und lasse Thee von Kalmus mit Mentha, *Trifol. fibrin.* trinken. Tritt aber Atrophie ein, dann giebt man nahrhaftere Diät, Bouillon, Eigelb, Gallerte, nährende Klystiere und Bäder, und je mehr der Torpor zunimmt, um so mehr giebt man Eisen; am besten geht man von milden zu kräftigern Präparaten über. Man übersättige den Organismus nicht mit Arzneistoffen, am wenigsten mit Merkur, mag er mit Spiessglanz oder Schwefel gegeben werden; eben so wenig mit Jod, Digitalis u. s. w. Diese Mittel helfen meist zu nichts. Ein wirksames Mittel gegen Skrophulosis, wo die Verdauung noch nicht ganz zerrüttet ist, ist Leberthran. Dubois gebrauchte Oel aus schwarzem Mohn, Morgens und Abends ½ — 1 Löffel voll; Osius lobte gleichfalls die methodische Kur mit Oel. (Hautskropheln erfordern oft Antimonialia.) In neuerer Zeit lobt man (nach Negrier) die Blätter und grünen Fruchtschalen von *Juglans regia.* Hauser fand sie wirksam bei Hautskropheln, Karies, Knochentumescenz. Die Kost sei dabei animalisch, zum Getränk Gerstendekokt; den *Succus recens express.* giebt man anfangs zu 2 Theelöffel täglich und steigt alle 8 Tage um 1 Theelöffel, bis 4; steigt dann eben so wieder herab und beginnt den Turnus von Neuem. Das *Infusum Fol. Jugl.* (1 Drachme, oder von den Schalen 1 Skrupel auf 6 Unzen, von trockenen Blättern und Schalen 2 — 3 mal so viel) lässt man in einem Tage trinken; das Extrakt giebt man in Pillen von 8 Gran bis 1 Skrupel für den Tag. Für kleine Kinder passt der *Syrup. Juglandis* mit gleichen Theilen *Syrup. Aurant.* bereitet. Zum äusseren Gebrauche

1 Pfund Kolatur von ½ Unze *Fol. Jugland.* oder 2 Drachm. *Putamin. virid. Nuc. Jugland.* Auch lässt man bei Drüsengeschwülsten und verbreiteten Ausschlägen Bäder mit Zusatz von Wallnussblättern nehmen. Bei Hautgeschwüren kann man dem Infusum auch 2—3 Gran *Cuprum sulphuricum* zusetzen. Bei Anschwellung der Unterleibsorgane, Gelenkgeschwülsten, rheumatischen und arthritischen Komplikationen fand Hauser Bäder mit *Acidum nitricum dilutum* sehr vortheilhaft. — Sicard gebrauchte gegen Skrophulosis das Chlorsilber (*Argentum muriatic.*) 5 Centigrammes (circa ⅙ Gran), *Pastae Chocolat.* q. s. für 12 Pastillen, wovon jeden Morgen ein Stück ½ Stunde vor dem Essen zu nehmen. Dann steigt Sicard auf 5 Centigrammes (circa 5 Gran) Axungia, 30 Grammen einreiben. Remer gab *Calcaria muriatic.* 1 Dr., *Aq. destill.* 6 Dr., *Aq. Laurocerasi* 2 Dr. Dreimal täglich 30 Tropfen. — Auch Niemann verordnete *Calcaria muriatic.* 1 Dr. in 1 Unze *Tinct. Calami,* zu 30—40 Tropfen. Baglivi und Strack empfehlen *Ferrum pulveratum* 5 Gran mit *Rad. Rhei* 5 Gran und 10 Gran Oelzucker; täglich 1—2 mal. Wendt, Dzondi rühmen das *Kali caust. siccum* ½ Skrupel in 1 Unze *Aq. Cort. Aur.* (12—20 Tropfen in Bouillon) oder in noch stärkerer Dosis (1 Dr. in 1 Unze). Lugol giebt Jodbäder (1 Gran Jod, 2 Gran *Kali hydrojod.* auf jedes Quart Wasser), auch mit Seesalz versetzt. — (In einem verzweifelten Falle nahm Jeitteles seine Zuflucht zum Sublimat, anfangs $\frac{1}{16}$ Gran 1 mal täglich, nach 8 Tagen 2 mal, und will bei längerem Gebrauche radikal geheilt haben.) — Lisfranc giebt Morgens und Abends in einer Tasse Zuckerwasser einen Esslöffel voll von *Kali hydrojodic.* 24 Gran, *Aq. Flor. Tiliae* 4 Unzen (für Kinder ¼ der Gabe). Auf Drüsengeschwülste lässt er einreiben: *Plumbum joduret.* 1 Drachm., *Axungia depur.* 1 Unze. Pank heilte Skrophulosis mit Speck, indem er alle Morgen nüchtern 2—3 Loth gebratenen Speck geniessen und darauf 1 Stunde später Eichelkaffee trinken liess. — Als Uebergangsmittel von der auflösenden zur tonischen Behandlung giebt Clarus: *Baryta muriatica, Ammon. muriatic. ferruginosum* āā ½ Skrupel solve in *Aq. destill.* 1 Unze. Viermal täglich 24 Tropfen (½ Gr.).

Stomacace. Mundfäule. (*Noma,* Wasserkrebs.) Bei Stomakake: Ein frühes Emetikum kann oft den Zustand kupiren. (Nach Heim und Hufeland soll man die Brechmittel alle 3 Tage geben.) (Ob die kühlenden Mittel, welche Wendt als Abführungen giebt, oder ob nach Himly der innerliche Gebrauch von Kampher vorzuziehen sei, ist nicht definitiv zu beantworten, da es von dem jedesmaligen Charakter der Krankheit abhängt, welche Methode vorzuziehen ist.) Canstatt giebt Brechmittel, später Mineralsäuren, auch das *Ammon. carbonic.* wurde vielfach angewandt (Wallace, Cuming, Letzterer gab auch *Chininum sulphuricum,*) und zwar zu 15—18—20 Gran in geeigneten Zwischenzeiten. Unter den übrigen antiseptischen Mitteln wurden noch China, Arnika, Kampher gegeben. Radius wandte mit Glück die *Radix Armoraciae* in Bier (5 Unzen auf 2 Pfund Mazeration) an. Zur Absorption der verschluckten Jauche passt Holzkohle (nach Busch mit gleichen Theilen Honig alle 4 Stunden 1 Theelöffel voll), oder Magnesia und Rheum (Dease). Immer muss man die Kräfte durch stärkende Mittel unterhalten, daher Malz-

trank mit Zitronensaft oder Rheinwein, Zucker und Himbeersaft, starke Eierbouillon, gesunde Luft. — Oertliche Mittel müssen schnell und kräftig einwirken, dem Zerstörungsprozesse Gränzen zu ziehen. Unter allen zahlreich empfohlenen Mitteln dürften die Salzsäure (v. Swieten, A. L. Richter, Siebert), *Cuprum sulphuricum*, Alaun, Chlorkalk die günstigsten Erfolge für sich haben, die kaustischen Mittel müssen auf die Geschwürfläche direkt wirken und einen dicken Schorf bilden. (Weber empfahl bei Stomakake, als Folge typhöser, exanthematischer Fieber, Glüheisen und hinterher äusserlich *Tinct. Arnicae*, Chinadekokt, später Betupfen mit Höllenstein, bei nöthiger innerer Behandlung.)

Bei Noma. A. L. Richter gab Chinin, Mineralsäuren, andere Aerzte: *Ammonium carbonicum*, Malzkohle; indessen scheinen alle inneren Mittel, ausser den stärkenden, ohne Erfolg gewesen zu sein; Rust empfahl Sublimat. In örtlicher Applikation scheinen sich besonders Salzsäure, Chlorkalk, Antimonialbutter, doppelt salpetersaures Quecksilber, *Zinc. muriaticum* und im Nothfalle das Glüheisen (Desault, Baron) zu bewähren. A. L. Richter empfahl noch Chlornatron und Holzsäure. — Das Ausschneiden des Brandigen ist nicht zu billigen.

Stomatitis exsudativa. Soor (Findelhauskrankheit). Zunächst gehörige Reinlichkeit, Nahrung und gesunde Luft; je nach dem Entzündungsgrade handelt man antiphlogistisch und ableitend. Anfangs Emulsionen von Saamen, dann Kalomel, neben ableitenden Klystieren und erweichenden Mundspülwässern von Quittenschleim, Althäadekokt u. s. w. Ist die Entzündung gebrochen, dann handelt man gegen die Exsudation: Kalkwasser mit *Mucilago Gummi arab.*, Pinselsäfte von Säuren, *Zinc. sulph.*, Borax, Alaun (vergl. *Aphthae*). Behandlung nach Trousseau und Delpech: Zur Prophylaxis: reine Luft, trockene Wohnstätte, Ernährung durch die Mutterbrust, Verhütung jedes starken Temperaturwechsels, um Diarrhoe zu verhüten. Beim ersten Erscheinen der Krankheit: Bepinseln mit gleichen Theilen *Mel despumat.* und *Subcarb. Sod.* Auch wurde Alaun gebraucht, doch in schlimmeren Fällen Salzsäure (doch nur bei zahnlosen Kindern) oder *Lapis infernalis*, zum Aetzen in Lösung: *Argent. nitr.* $\frac{1}{2}$ Drachm., *Aq. destill.* $\frac{1}{2}$ Unze. Zwischendurch den Boraxsaft. Kann die Mutter nicht stillen, dann Milch mit Wasser, bei älteren Fleischbrühe. Entwickelt sich Enteritis, dann nach Umständen: Ipekakuanha in Brechdosis, oder *Magist. Bismuth.* 2 — 4 Gran; oder Kalomel in refrakt. Dosis $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ Gran; oder Kalomel $\frac{1}{4}$ Gran, *Calcar. carbonic.* $\frac{1}{2}$ Gran, *Tinct. Opii* $\frac{1}{4}$ Gutt. — In leichteren Graden: *Decoct. alb. Sydenh.*, Reiswasser; in heftigeren Graden: Magnesia, Ratanhia, Bistorta, Katechu, Tannin, als Potio oder Klysma, besonders: *Arg. nitric.* $\frac{1}{4}$ Gran, *Aq. destill.* 1 Unze, *Syrup. simpl.* 6 Unzen und daneben als Klystier: *Argent. nitric.* 1 Gran auf 6 Unzen *Aq. destill.* Einhüllen der Haut in Flanell. Bei enstandenem Erythem: Waschen mit 15 Gran *Zinc. sulphuric.* auf 4 Unzen *Aq. destill.* 2 mal täglich; auch wohl mit *Aq. Plumb.*

Diese Artikel, die wir wörtlich abgeschrieben haben, werden hinreichen, unsern Lesern einen vollständigen Begriff von dem uns vorliegenden Werkchen zu geben. Wir haben nur zu erwähnen, dass

die Artikel alphabetisch geordnet sind, dass der Druck gut und leserlich ist, und dass das Buch eine Form hat, dass es bequem in der Tasche getragen werden kann. Wir können es daher denjenigen praktischen Aerzten, die des Nachschlagens bedürfen, mit voller Gewissenhaftigkeit als ein *Vade mecum* empfehlen, und wir würden es noch viel herzlicher begrüsst haben, wenn der Verf. etwas mehr Kritik, Ordnung und wissenschaftliche Sichtung sich hätte angelegen sein lassen.

---

2. Das gymnastisch-orthopädische Institut des Dr. H. W. Berend in Berlin.

(Notiz von Hrn. Dr. Gumbinner.)

(Erster Bericht über das gymnastisch-orthopädische Institut zu Berlin (Oranienburgerstrasse Nr. 64.), abgestattet von Dr. H. W. Berend, Direktor des Instituts, nebst einer lithograph. Tafel. Berlin 1842, 4. — Zweiter Bericht, von demselben. Berlin 1845, 4.)

In einer den Krankheiten des kindlichen Organismus gewidmeten Zeitschrift verdienen die uns vorliegenden Berichte des Dr. H. W. Berend über sein gymnastisch-orthopädisches Institut wohl unleugbar eine gründlichere Kenntnissnahme. Könnte es uns an diesem Orte wissenschaftlicher Besprechung nur auf eine blosse Empfehlung, zu welcher allerdings die medizinisch-wissenschaftliche Durchbildung und das thätige Streben unseres Autors von vorne herein berechtigt, ankommen, so würden wir schon früher diesen Gegenstand hier näher ins Auge gefasst haben; indessen bedarf es, um zur Fällung eines gründlichen wissenschaftlichen Urtheils anzuregen, auch entschiedener Resultate, und diese werden uns nunmehr, nachdem das Berend'sche Institut bereits im sechsten Jahre besteht, in jeder Beziehung dargeboten.

Der erste Bericht ist im Jahre 1842, der zweite, ein Auszug aus einem vollständigeren, dem Ministerium der G., U. und Medizinal-Angelegenheiten mitgetheilten, im Jahre 1845 erschienen, und beide Berichte umfassen einen Zeitraum von fünf Jahren. Diese kleinen Schriften sind um so mehr belehrend und anregend, wenn man das Institut und die darin waltende Thätigkeit seines bereits von der höchsten Medizinal-Behörde belobten Dirigenten durch Autopsie kennt, und es genüge hier die blosse Hinweisung auf eine also sich offen aussprechende Wirksamkeit, ohne dass Referent der hieran sich knüpfenden belobigenden Kritik weitere Worte zu leihen brauchte.

Der Verf. verbreitet sich im Eingange seines ersten Berichtes zunächst über die Nothwendigkeit, das ganze Gebiet der Orthopädie dem Arzte ausschliesslich zu überweisen. Allerdings ist dies eigentlich so sehr in der Natur der Sache begründet, es ist so einleuchtend, dass eine Krankheit zu heilen immer nur Aufgabe des Arztes sein kann, dass es hierüber eigentlich keiner weiteren Ausführung bedarf. Dennoch liegt hierfür Erklärung und Rechtfertigung sehr nahe; denn bei den einmal in diesem Gebiete verbreiteten Vorurtheilen, deren auch, leider! noch manche Aerzte sich nicht haben entschlagen können, ist man nur zu sehr geneigt, Deformitäten wie eine natürliche Krankheitsfamilie zu betrachten und nach den allgemeinsten Regeln oder gar nach gewissen Handgriffen behandeln zu lassen, weshalb es also wohl auch nur angemessen erscheinen kann, wenn unser Autor, wie bei Gründung seines Instituts, so auch bei Erstattung seiner Berichte von diesem Gedanken ausging und ihr die gebührende Stelle anwies. Nur haben wir auch — soll die Orthopädie ganz in ihre streng wissenschaftliche Bedeutung eingesetzt werden — den Umstand zu beachten, dass jener Name eigentlich keiner bestimmten Spezies von Krankheiten entspricht, dass in jenem Namen nur ein therapeutisches Element sich ausspricht, er also kein rechtes Verhältniss zu dem Streben nach naturwissenschaftlicher Entwickelung der Medizin (und Naturforscher wollen wir Aerzte ja alle sein) gestattet. Die meisten Krankheiten, die dem „Orthopäden" anheimfallen, manifestiren sich freilich in organischen Läsionen, sind doch indessen andererseits, insofern wesentlich die Aeusserung von Kräften, der Expansion und Kontraktion, gehemmt ist, immer primär dynamischer Natur. Hierzu kommt die quantitativ und qualitativ so verschiedene Mitleidenschaft des Gesammtorganismus, und in anderen, wenn auch selteneren Fällen die wirklich mechanische Natur des Uebels, und es muss uns also klar werden, dass zur wissenschaftlichen Begründung eines orthopädischen Heilapparates kein spezielles Fachwissen ausreicht, sondern eine gründlich medizinisch-chirurgische Durchbildung, die ihrerseits nur in Anatomie und Physiologie basiren kann, vorausgesetzt werden muss. Selbst wenn wir über den diagnostischen Standpunkt hinwegsehen und uns den „Orthopäden" einmal rein als Therapeuten denken wollen, so möchte es uns nicht leicht gelingen, denselben dem Operatör beizuordnen, da er bald zu blutigen, bald zu unblutigen Operationen berufen wird, bald wieder nur allein zu Arzneimitteln seine Zuflucht nehmen darf. Inzwischen wäre es in unserer Zeit, die noch nicht einmal den Unterschied von

Medizin und Chirurgie völlig überwunden hat, zu viel verlangt, wenn sie den Namen Orthopädie als einen nicht streng wissenschaftlich begriffsmässig schon völlig aufgeben sollte. Referent ist in diesen Andeutungen dem Autor nur auf seinen eigenen wissenschaftlichen Standpunkt gefolgt, um, gewiss auch in seinem Sinne, den ferneren Fortschritt dieses Theiles der Kunst und Wissenschaft zu bezeichnen, will ihm aber, wenn er für jetzt von der Orthopädie, als einer „Speziahtät" spricht, um so weniger einen Vorwurf machen, als ja doch jedenfalls in den meisten hieher gehörigen Krankheiten ein Heilapparat erforderlich ist, wie ihn nur wohleingerichtete Krankenhäuser darbieten können.

Gehen wir nunmehr zu den speziellen Daten der beiden Berichte über.

In den beiden ersten Jahren wurden im Institute 80 Kranke behandelt, von diesen wurden völlig geheilt entlassen 44, gebessert 9, ungebessert 2 und einer starb (in Folge eines akuten Hydrothorax), so dass 24 in Bestand blieben. Im dritten und vierten Jahre dagegen kamen 181 Kuranden in Behandlung, von welchen geheilt entlassen wurden 96, gebessert 32, starben 2 (an Meningitis) und blieben in Bestand 24. Der jüngste Kranke war $\frac{3}{4}$, der älteste 44 Jahre alt.

Unter den hier gedachten Kranken nehmen die Skoliotischen der Zahl nach die erste Stelle ein; es sind ihrer 123. Aber auch die Fälle von Kontrakturen, namentlich des Knies, sowohl in Folge von Gonarthrokake, als auch aus anderen Ursachen, nicht minder alle Formen von Arthrokake, sowie die als Spitz-, Klump- und Plattfüsse unterschiedenen Deformitäten der unteren Extremitäten, wurden durch mannigfache Exemplare in dem Institute vertreten.

Die oben erwähnten glücklichen Erfolge verdankt der Verf. der Anwendung der verschiedenartigen Heilmittel, wie sie die gesammte Medizin nach ihrem gegenwärtigen Standpunkte darbietet. Bei der Behandlung der Kontrakturen spielte die Anwendung der Myotomie und Tenotomie eine wichtige Rolle, welcher eine sorgsam überwachte mechanische Nachbehandlung folgte. Auf diese legt unser Verf. einen besonders hohen Werth, und schreibt ihrer Vernachlässigung vorzüglich das Misslingen mancher Kur zu. Deshalb ist selbst nach glücklich beendeter Kur noch eine längere Ueberwachung und besonders eine sorgfältige Schützung des operirten Theiles nicht zu vergessen.

Wir lassen nun, um eine genauere Kenntnissnahme der Leistungen des Instituts zu gewähren, hier einige Stellen aus den beiden Berichten wörtlich folgen.

A. Kontrakturen der Füsse.

Erster Fall. Klumpfuss des dritten Grades. Durchschneidung der Achillessehne und der Sehne des *Tibialis anticus*. Heilung.

A. C. aus L., ein ¾ Jahr altes, blondes, sehr wohlgestaltetes Kind, ward mit einem Klumpfusse geboren, welcher schon einen ziemlichen Grad der Verbildung an sich trug. Durch Binden und Schienen, welche die sorgsame und zärtliche Mutter mit der bewunderungswürdigsten Ausdauer anlegte, war in 8 Monaten der Fuss nur um ein Geringes gebessert. Seine Spitze stand etwas nach innen und oben gerichtet, während der äussere Fussrand umgewendet war. Am meisten trat die Verbildung hervor, wenn man das Kind versuchsweise auf beide Füsse stellen wollte. Während nämlich der gesunde Fuss mit der ganzen Sohle den Boden betrat, wollte das Kind den kranken Klumpfuss entweder gar nicht aufsetzen, oder dieser knickte sogleich um, so dass nur der äussere Fussrand den Boden berührte und die Fussspitze sich in die Höhe zog. Wollte man bei der Untersuchung des Fusses demselben die gerade Richtung geben, so fühlte man deutlich als die Grundursache der Verkrümmung die Achillessehne und die Sehne des *Tibialis anticus* sehr gespannt. Das im Ganzen unzureichende Resultat der bisherigen fleissigen mechanischen Behandlung bestimmte die Eltern des Kindes, aus einer entfernten Provinzialstadt hierher zu kommen und dasselbe schon früh meinem Institut zu übergeben. Ich rieth zur Operation. Hierin wurde bald gewilligt, denn das Beispiel des eigenen Vaters jenes Kindes konnte nicht wenig dazu ermuntern. Derselbe war nämlich ebenfalls mit einem Klumpfusse geboren und hatte vergeblich von frühester Jugend an bis in sein dreissigstes Jahr die Unbequemlichkeit der mannigfachen, von ausgezeichneten Aerzten verordneten Maschinen ertragen, ohne dass ihm hieraus eine wesentliche Besserung erwachsen wäre: — denn auch jetzt bedurfte er, um gehen zu können, eines schweren Schienenstiefels, und die noch immer auf gleiche Weise verkürzten Sehnen hatten jede Heilung des verkrüppelten Fusses gehindert. — Ich verrichtete die Operation der kleinen C. mittelst Durchschneidung der oben bezeichneten Sehnen. Dieselbe übte momentan den günstigsten Einfluss, denn der früher verkrümmte Fuss liess sich durch Pflasterstreifen schon viel besser zurechtstellen. Eine einfache Schiene an der äusseren Seite des Fusses nebst einer Binde dienten zur Unterstützung. Die Operation blieb ohne alle weitere übele Folgen. Das Kind verlor durchaus nicht seine gewöhnliche Munterkeit. Am vierten Tage ward der Verband gewechselt. Die Wunde zeigte vollständige Vereinigung. Die Heilung ward unter dem Fortgebrauch jenes Schienenverbandes durch eine sanfte, schonende, stufenweise Ausdehnung bewirkt. Nach drei Wochen stand der Fuss zu unserer Freude völlig gerade. Ein Scarpa'scher Schuh und eine einfache Binde dienten fortan zu seiner Unterstützung. Die Eltern reisten mit dem geheilten Töchterchen in die Heimath zurück, und sicherten das Resultat durch die fortgesetzte Anwendung der empfohlenen Bandage. Jetzt, nach einem Jahre, ward mir die Nachricht, dass der Gang des Kindes auch nicht die geringste Abnormität zeige.

Vierter Fall. Intermittirende Kontraktur der Hand und des Fusses rechter Seite. Heilung mit Hülfe der Durchschneidung der Achillessehne.

A. S., 10 Jahre alt, aus Berlin, ein kräftiger Knabe, ward schon im ersten Lebensjahre von einem eigenthümlichen Leiden der rechten Seite befallen, das der Beschreibung nach, und nach den später zurückgebliebenen, sichtbaren Spuren zu urtheilen, offenbar ein der *Chorea St. Viti* analoges gewesen sein muss. Leider fehlen anderweitige genauere Data, und ich muss mich darauf beschränken, den merkwürdigen Krankheitszustand so zu beschreiben, wie er sich vor etwa anderthalb Jahren bei der Aufnahme des Kranken in mein Institut, mir darstellte. Man bemerkte damals folgende Anomalieen:

In aufrechter Stellung des Körpers war die Sehne des *M. semitendinosus* in der Kniebeuge der rechten Seite auffallend gespannt und das Knie dabei etwas nach innen gekehrt. Durch die überwiegende Wirkung dieses Muskels erhielt auch das letztere beim ersten Auftreten eine leichte Biegung. Die Hinterbacke schien etwas abgeflacht, doch glich sich dies beim Liegen vollkommen aus. Eine höchst bemerkenswerthe Deformität zeigte der rechte Fuss. Derselbe stellte beim Sitzen, Stehen und beginnenden Auftreten, sowie wenn der Knabe lag, einen völligen *Pes equinus* dar, indem die Ferse vier Zoll in die Höhe gezogen ward. Zu gleicher Zeit nahm der so gebildete Spitzfuss eine Richtung schräg nach innen an, und die grosse Zehe ward durch die Wirkung des *Extensor hallucis,* welcher wie ein Flexor fungirte, in die Höhe gezogen. Beim Gehen berührte der Fuss zwar mit der ganzen Sohle den Boden, allein zuerst setzte der Kranke die Fusspitze auf, dann aber erst fiel gewissermaassen die ganze Sohle auf den Boden. Hierbei wendete sich der innere Fussrand stark nach innen und der frühere *Pes equinus* erschien in der Form eines Valgus geringeren Grades. Das Gehen selbst war sehr unsicher, schwierig und höchst unbequem, indem der Kranke durch jene oben beschriebene abwechselnde Zusammenziehung des ganzen Fusses, zu der sich noch häufige konvulsivische Kontraktionen sämmtlicher Zehen gesellten, sehr belästigt ward; zuweilen empfand er einen Schmerz in der leidenden Extremität, der sich von der Hüfte bis zum Fusse erstreckte. Ausserdem war der rechte Unterschenkel bis zum Knie, sowie die rechte Hand, stets kalt und blau, doch sonst die ganze leidende Seite nicht magerer.

Die affizirte rechte Hand dieses unglücklichen Knaben zeigte eine wunderliche Verdrehung, bedingt durch Kontraktur des *Palmaris longus* und *Flexor carpi radialis.* Doch war die Spannung dieser Sehnen nur vorübergehend, zuweilen gar nicht vorhanden. — Von anderweitigen krankhaften Erscheinungen bemerkte man folgende: Beim Gehen zog der Knabe die rechte Schulter oft in die Höhe, vielleicht um das Gleichgewicht des schwankenden Körpers zu erhalten. Die dem Schulterblatt gegenüberstehenden Dorsalwirbel verriethen beim Druck eine deutliche Empfindlichkeit und sowie man diese nur mit einiger Heftigkeit berührte, ward sogleich fast unwillkührlich die Schulter in die Höhe gezogen. Die Herren Professoren Romberg und Schlemm hatten die Güte, diesen seltenen Fall zu untersuchen. Uns Allen erschien jene oben erwähnte Empfindlichkeit der bezeichneten Wirbelparthie für die Aufhellung des Kausalnexus von der grössten Wichtigkeit; denn

offenbar waren jene wunderlichen Kontrakturen von einem Leiden des Rückenmarkes abhängig, und gerade das Intermittirende der Form, die Art, wie wir die sonst so stetigen Kontrakturen vor unseren Augen sich bilden und wieder verschwinden sahen, musste über die Natur der Krankheit, welche doch offenbar nur eine konvulsivische sein konnte, vortrefflichen Aufschluss geben.

Ich begann zunächst die Kur mit wiederholter Applikation von Schröpfköpfen längs der empfindlichen Wirbelsäule und lauwarmen Bädern. Abwechselnd nahm der Kranke gelinde Laxantia. Diese zwei Monate fortgesetzte Behandlung war einigermaassen von günstigem Erfolge begleitet. Die krampfhafte Affektion des Vorderarmes und der Hand, mit unwillkührlicher Pro- und Supination wurde schwächer, die Schmerzen im Kreuz und in der leidenden unteren Extremität verloren sich, nur die Kontraktur des Fusses blieb unverändert in Form einer sehr starken Zusammenziehung der Achillessehne. Aus der Analogie ähnlicher Fälle (wie namentlich Stromeier das *Caput obstipum convulsivum* geheilt) unternahm ich die Durchschneidung dieser Sehne, und der Erfolg entsprach durchaus der Erwartung. Von dem Moment an hörte die Kontraktur des Fusses auf. Die Heilung der kleinen Wunde war schon am dritten Tage geschehen, und mit Hülfe eines einfachen Kleisterverbandes vermochte der Kranke schon am zehnten Tage fest und sicher aufzutreten. Die physiologische Wirkung der Tenotomie auf die Beseitigung des Krampfes, wie dies eben Stromeier schon in seiner operativen Orthopädie so vortrefflich nachgewiesen, war hier unverkennbar. Dies eine Resultat befriedigte den Knaben schon. Ueberdies war ich im Stande, den noch bestehenden Krampf der Hand durch den mehrmonatlichen inneren Gebrauch des *Zincum hydrocyanicum* und durch fortgesetzte Bäder fast gänzlich zu beseitigen.

B. Kontrakturen des Knie- und Hüftgelenkes.

Die Krankheiten des Kniegelenkes, welche Kontraktur desselben zur Folge haben, verdienen in vollem Maasse die höchste Aufmerksamkeit des Arztes. Rheumatische und skrophulöse Entzündungen, Verletzungen aus äusserer Ursache und Verbrennungen veranlassen bekanntlich am häufigsten eine Verkrümmung des Knies. Gewiss gelingt es in vielen Fällen, der Kontraktur vorzubeugen, wenn Ausdauer und Sorgsamkeit eine geraume Zeit, selbst Jahre lang, der Behandlung des Primärübels zugewendet wird. Ich behaupte dies ganz besonders von den Kontrakturen, welche als die leider so häufige Folge der skrophulösen Kniegeschwulst (Gonarthrokake) beobachtet werden, und sicherlich giebt es keine edlere und höhere Aufgabe, als die Verhütung des Krüppelthums, welches Lebensglück und Lebensfreuden untergräbt und zerstört. Die Mittel, dem Fortschreiten einer skrophulösen Gonarthrokake, welche so häufig Objekt orthopädischer Behandlung wird, zu begegnen, dienen auch gleichzeitig dazu, der Ausbildung einer Kontraktur entgegenzuwirken. Sie sind bekannt genug. Die allgemeinen Antiskrophulosa, der Konstitution des Kranken angemessen, und unter diesen Baryt, *Decoct. Zittmanni* (bei Kindern das *Decoctum mitius*), Leberthran, die Adelheids- und Kreuznacher Elisenquelle, Soolbäder, Bäder mit Malz, Kleie und Kreuznacher Mutterlauge finden nach der Individualität des Falles ihre Stelle. Für die örtliche Behandlung dient die öftere Applikation von Schröpfköpfen,

Blutegeln, Einreibungen von *Unguent. mercuriale, Jodin., Unguent. Tart. stibiati,* in schlimmeren Fällen Moxen. Alle diese Mittel, welche ich bei meinen Kranken vielfach mit Nutzen anwendete, sind in jedes rationellen Arztes Gedächtniss. Es ist hier jedoch nicht allein die Wahl des Mittels, sondern ganz besonders die Ausdauer in der Anwendung des erprobten Heilweges, welche den Erfolg sichert, und ich kann sagen, dass ich hiervon recht erfreuliche Früchte sah.

Während noch Entzündlichkeit im Kniegelenk fortbesteht, ist das demselben entsprechende antiphlogistische Verfahren, mit einer Auswahl der oben verzeichneten Mittel, der einzige Weg, einer Kontrakturbildung zuvorzukommen, oder die eben entstehende Kontraktur zurückzubilden, und hierbei warne ich besonders vor zu frühzeitigen ganz unpassenden mechanischen Mitteln. So gelang es mir bei einem fünfjährigen Kinde, das wegen einer schon ziemlich vorgeschrittenen Gonarthrokake in mein Institut aufgenommen wurde, nicht nur die Grundkrankheit völlig zu heben, sondern auch die beginnende Verkürzung der Beugesehnen und eine sich bildende Kniekontraktur zu beseitigen. Jedoch behielt ich die kleine Patientin noch Monate nachher unter meiner speziellen Aufsicht, um jede etwa wiederkehrende entzündliche Affektion im Keime zu ersticken.

Veraltete Kniekontrakturen, nachdem das Grundübel ganz erloschen, weichen einer mechanischen Extension nach vorheriger Sehnendurchschneidung. Ich rechne die Heilung dieser Krankheiten mittelst Tenotomie zu den höchsten Glanzpunkten der neueren Chirurgie und der durch sie glücklich reformirten Orthopädie. Diese Behandlungsweise schafft dem Kranken im eigentlichsten Sinne ein neues Glied. Er wirft die Krücke fort, die Last vieler Jahre, und darf sich eines natürlichen Ganges erfreuen.

Ich habe bei den in dem Institut behandelten Kniekontrakturen nach vorheriger Tenotomie theils gewaltsame, sofortige, theils allmälige Extension je nach der Eigenthümlichkeit des Falles angewendet. Die erste Methode habe ich bereits ausführlich in der Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen, Jahrgang 1840, Nr. 25 und 26, beschrieben, ihre Vortheile der Erfahrung und Wahrheit gemäss dargelegt, sowie sechs gelungene Heilungen mitgetheilt, deren Zahl sich jetzt nach Jahresfrist noch vermehrt hat.

Sechster Fall. Kontraktur des Hüft- und Kniegelenks. Varus und *Pes equinus* mittelst Myotomie und Tenotomie geheilt.

Friedrich Hannemann, Sohn eines Gutsbesitzers aus Felgentreu in Treuenbrietzen, ward ohne irgend eine Missbildung geboren. In der 22sten Lebenswoche ward das Kind, nach Aussage seiner Eltern, von einer Krankheit befallen, während welcher es mehrere Tage unaufhörlich schrie, über deren Natur ich indess keine sichere Mittheilung erhalten konnte. Die Folge dieses Leidens war die Ausbildung einer seltenen Zahl von Kontrakturen, die bis zum neunten Lebensjahre unverändert fortbestanden, zu welcher Zeit das völlig krüppelhafte Kind am 1. August 1840 meinem orthopädischen Institute übergeben ward. Hier zeigten sich mir folgende Deformitäten:

1) Klumpfuss der linken Seite, dessen bedeutende Verkrümmung beinahe den fünften Grad erreicht hatte. Der Patient trat mit dem Rücken des Fusses, und fast mit dem *Malleolus externus* auf, wäh-

rend die Sohle nach innen, die Fussspitze etwas schräg aufwärts gerichtet war.

2) Der rechte Fuss war in einen *Pes equinus* umgewandelt, wobei die Ferse durch die Wirkung der verkürzten Wadenmuskeln wohl 4 Zoll in die Höhe gezogen war. — Auf derselben Seite befand sich

3) eine Kontraktur des Kniegelenks, so dass Ober- und Unterschenkel einen rechten Winkel bildeten, und gleichzeitig

4) eine Kontraktur im Hüftgelenke, begründet in einer sehr starken Verkürzung des *M. tensor fasciae latae.* —

Ausserdem erschien die ganze linke untere Extremität etwas magerer und um ½ bis 2 Zoll länger, als die rechte, indem der linke Hüftbeinkamm um so viel tiefer stand, als der rechte. Dagegen zeigte sich die rechte Extremität verkürzt, die Hüfte kugelig hervorgewölbt, scheinbar wie im dritten (Verkürzungs-) Stadium der Koxarthrokake. Doch war von letzterer Krankheit nie eine Spur bemerkbar gewesen und die veränderten Dimensionsverhältnisse offenbar nur aus den Kontrakturen selbst hervorgegangen. Letztere hatten auch auf die Stellung der Wirbelsäule nachtheilig eingewirkt; diese bildete nämlich in ihrer Mitte eine Krümmung nach rechts, deren grösster Bogen indess kaum ¼ Zoll betrug, und wiewohl die Schwere des ganzen Körpers nach rechts und vorn hinüberfiel, bildete doch die linke Extremität mit dem Klumpfusse seine einzige und eigentliche Stütze, da die rechte, im Knie gekrümmte Extremität wie natürlich nutzlos geworden. — Uebrigens gestattete noch diese Kontraktur des Knies eine geringe Ausdehnung und Beugung; auf der linken Seite waren die Funktionen normal; gleichzeitig hatten beide Kniee eine Neigung nach innen. Wie hülflos der Knabe durch diese Verbildungen geworden, ist leicht denkbar, und in der That stellte er ein Mitleid erregendes Bild dar, welches die Natur wohl selten erzeugt. Denn der nach vorn hinübergebeugte Körper vermochte nur mit Hülfe zweier Krücken sich mühsam wenige Schritte fortzuschieben, und auch das war so schwer ausführbar, dass das elende Kind es lieber vorzog, auf allen vier Extremitäten am Boden, von einer Stelle zur andern fortzukriechen. S. Fig. 8. Fig. 11. stellt den Varus und Fig. 10. den *Pes equinus* dar. — Um so freudiger begann ich hier die operativ-orthopädische Kur, als die Analogie ähnlicher Fälle mich mit der Hoffnung beseelte, einem so verzweifelten Uebel wirksam zu begegnen. Zu dem Ende operirte ich in Gegenwart des Hrn. Geh. Raths Dr. Lichtenstein, des Hrn. Hofraths Dr. Oppert, des Hrn. Dr. Rintel u. A., den linken Varus mittelst Durchschneidung der Achillessehne und des *Flexor hallucis* und legte eine einfache Binde an. Zu derselben Zeit durchschnitt ich die verkürzten Sehnen in den Kontrakturen der rechten Seite, und zwar am Fusse die allein kontrahirte Achillessehne, am Knie die Sehne des Biceps. Das Knie ward hierauf nach der bekannten Methode fast vollständig gestreckt und zuletzt die Blechschiene applizirt. Dieser augenblickliche Erfolg der Operation, sowie die verbesserte Stellung beider Füsse, welche die Tenotomie zur Folge hatte, konnten mich nur ermuthigen, die Nachbehandlung mit möglichstem Fleisse durchzuführen, und diese ward auch von der höchst geringen Reaktion, welche jene umfangreichen Operationen begleitete, in keiner Weise gestört. Am sechsten

Tage gestattete die vollständige Heilung der Operationswunden die Applikation der Stromeier'schen Maschine an den rechten *Pes equinus* und der von mir erfundenen Maschine an den linken Klumpfuss. Beide Füsse akkommodirten sich denselben leicht, da sich bei dem geringen Gebrauch der Glieder eine ziemliche Biegsamkeit erhalten hatte. — Die Wunde im Kniegelenk indessen abszedirte sich und kommunizirte in der Tiefe mit bedeutenden Eiterdepots, so dass jeder Verband unmöglich ward. Unter der Anwendung erweichender Breiumschläge kam jedoch binnen drei Wochen völlige Heilung zu Stande, und inzwischen hatte die orthopädische Nachbehandlung der Füsse bereits einen beträchtlichen Grad von Heilung erreicht. Hierauf vollendete ich durch allmälige Extension die Kur der Kniekontraktur binnen drei Wochen, mit Beihülfe eines stundenlang quer übergelegten Sandsacks, und hatte die Freude, den Knaben etwa drei Monate nach der Operation mit völlig geradem Knie und auf beiden zur normalen Form reduzirten Füssen, unterstützt von Scarpa'schen Stiefeln, zuerst in seinem Leben auftreten zu sehen. In den folgenden beiden Monaten liess ich den Kranken, unter Beihülfe der Scarpa'schen Stiefeln, fleissige Laufübungen machen, und wie sauer ihm diese aus Ungewohntheit auch anfangs wurden, so scheute der muntere Knabe doch keine Anstrengung, da er fühlte, wie von Tag zu Tag Kraft und Beweglichkeit zunahm. Um die Mitte Dezembers vermochte er auch schon etwa 50 Schritte, mit alleiniger Unterstützung eines Stocks, zurückzulegen. Nur die noch fortbestehende Kontraktur des rechten Hüftgelenks war zu beseitigen, denn diese hielt den Oberkörper noch etwas nach vorwärts gebeugt und gab der Figur ein gezwungenes und unbeholfenes Ansehen. — Zur Hebung dieser Kontraktur, welche, nach gleichzeitiger Bestätigung des Hrn. Prof. Schlemm, von einer Verkürzung des *Musculus tensor fasciae latae* abhing, durchschnitt ich den letzteren, und auch diese Myotomie veranlasste keine irgend erhebliche Reaktion. Am sechsten Tage nach der Operation fühlte man beide Muskelenden schon vereinigt, und am achten Tage konnte der Kranke das Bett verlassen, und zwar mit völlig aufgerichtetem Körper, so dass er gegen früher scheinbar an Grösse gewonnen hatte. Einige Wochen nachher, im Monat Januar des folgenden Jahres 1841, ward auch zu meiner grossen Freude die letzte Hoffnung erfüllt. Während nämlich bis dahin das operirte rechte Kniegelenk kaum einer Beugung fähig zu sein schien, theilte mir der Knabe eines Tages verwundert mit, wie er jetzt dasselbe eben so gut krümmen als ausstrecken könne, und in der That war diese Funktion völlig normal wieder hergestellt. Diese günstige Veränderung schien, wie ich berichte, plötzlich eingetreten zu sein, und ist gewiss bemerkenswerth. Doch glaube ich, dass sie sich schon allmälig vorbereitet und der etwas sehr peinliche Kranke sich nur bis dahin gescheut habe, das noch empfindliche Gelenk vollständig zu benutzen. — Ich zog es indessen vor, zur grösseren Sicherheit beim Gehen die ganze rechte Extremität durch eine Schiene zu unterstützen, welche an der äusseren Seite des Schenkels vom Stiefel bis über die Hüfte hinausreichte und mittelst eines Gürtels über derselben um den Leib befestigt war. So verliess der Knabe Ende Januars völlig geheilt das Institut, nachdem ich vorher die Ehre hatte, denselben der Hufeland'schen medizinisch-chirurgischen Gesellschaft vor-

zustellen und die Gypsabgüsse und Abbildungen seiner früheren Gliederformen zur Vergleichung vorzulegen. Fig. 9. zeigt die Gestalt des geheilten Knaben bei seinem Austritt aus dem Institut.

Neunter Fall. Einwärtskehrung des Knies (*Genu valgum*).

Es betraf dies einen 4jährigen Knaben, dessen Heilung mittelst Durchschneidung des Biceps und des *Ligamentum laterale externum* und der fortgesetzten Anlegung eines eigenthümlich konstruirten Schienenstiefels gelang. Dieselbe Operation verrichtete ich auch mit Erfolg im *Hôtel Dieu* in Paris, während meiner vorjährigen Anwesenheit, unter den Auspizien des hochverdienten Breschet.

C. *Caput obstipum.*

An dreien Kranken verrichtete ich die Durchschneidung des Kopfnickers zur Heilung des angeborenen schiefen Kopfes, und zwar in zwei Fällen auf der linken, in einem auf der rechten Seite. Der jüngste dieser Kranken war ein Knabe von 5, der älteste ein bereits verheiratheter, kräftiger Mann von 32 Jahren. Der Erfolg war stets ein glücklicher. Nie trat Eiterung nach der Operation ein. Am sechsten, achten Tage konnten die Kranken das Bett verlassen, und dann ward der noch nothwendige Rest der Kur durch orthopädische und gymnastische Mittel vollendet. Letztere werden leider noch oft genug vernachlässigt. Man begnüge sich aber nicht mit einer, in möglichst grösster Eile vollbrachten Myotomie, welche die Richtung des Kopfes um Einiges verbessert, und setze keinen Ruhm darin, so schnell es geht, den Kranken in die Heimath zurückzuschicken, damit auch die kurze Dauer der Kur desto glänzender hervortrete. Denn die so oft obwaltende Skoliosis der Halswirbel bleibt sonst zum Theil ungebessert, der Kranke behält immer noch die Neigung, den Kopf etwas zur Seite oder nach vorn hinüber zu tragen, und das Werk ist nur halb vollendet. Nur eine sorgfältige mechanische und gymnastische Nachbehandlung kann hier Gedeihen bringen. Indem ich diesen Gegenstand an einem anderen Orte noch ausführlicher zu erörtern gedenke, möge hier die gelungene Heilung eines *Caput obstipum* Platz finden.

Zehnter Fall.

Fr. St., ein 32 Jahre alter, robuster Mann ohne erhebliche Disposition zu Verkrümmungen, ward mit einem *Caput obstipum* linker Seite geboren, das, stets im Zunehmen begriffen, erst seit 3 Jahren auf gleicher Höhe der Entwickelung verblieb. Die *Portio sternalis* des affizirten Muskels war sehr gespannt, ihre Länge betrug 3½ Zoll, die der entgegengesetzten Seite 5½ Zoll. Der Kopf konnte nur um ein Geringes gerader gerichtet werden. Insbesondere war die Drehung desselben nach links unvollkommen und nicht bis zur Schulter ausführbar. Jede stärkere Drehung des Kopfes verursachte dem Kranken höchst unangenehme Empfindungen. Das Gesicht der linken Seite war auffallend schief. Eine bedeutende Einwirkung hatte die Muskelverkürzung auf die Wirbelsäule geübt. Die Halswirbel zeigten eine Verkrümmung nach rechts und in der Mitte der Wirbelsäule bestand eine den dritten Theil eines Zolles betragende Krümmung nach links. Gleichzeitig waren die linke Schulter und die linke Hüfte sehr prominirend, erstere einen Zoll tiefer stehend, als die rechte.

Ich durchschnitt zuerst die *Portio sternalis* des Kopfnickers, und als hierauf die *Portio clavicularis* sehr gespannt hervortrat, auch letztere. Die kleine Stichwunde gab nur einige Tropfen Blut; Heftpflaster und eine weiche Halsbinde ohne Pappe machten den Verband aus. Der Kranke ward horizontal gelagert, der Kopf nach der entgegengesetzten Seite geneigt. Die Operation hatte die krankhafte Stellung des Kopfes schon wesentlich verbessert. Es trat weder Schmerz noch Fieber ein. Nach vier Tagen zeigte sich beim Abnehmen des Verbandes die Wunde völlig verheilt. Am achten Tage verliess der Kranke das Bett. Vom vierzehnten Tage an wurde einige Monate hindurch eine orthopädische und gymnastische Behandlung in Anwendung gebracht, welche die Deformität fast gänzlich beseitigte. Der Kranke war durch seine Heilung sehr zufriedengestellt. Er hatte nie geglaubt, in einem so vorgerückten Alter von einem angeborenen Uebel befreit werden zu können.

Wie wohlthätig die Kunst selbst auf bedeutende Verkrüppelungen einzuwirken vermag, wenn sie nur zeitig genug in Anspruch genommen wird, lehrt folgende Notiz.

Eilfter Fall. Völlige Heilung eines schiefen Kopfes mit gleichzeitiger Verkrümmung des Rückgrats.

M. P., ein 10jähriges, früher stets gesundes und wohlgestaltetes Mädchen, wurde von einer sehr bedeutenden Drüsengeschwulst am Halse rechter Seite befallen. Dieselbe abszedirte sich, trotz sehr zweckmässig angewendeten Mitteln, nur höchst langsam, und erst nach zwei Monaten heilte das fistulöse Geschwür. Als Reflex der so lange bestandenen Entzündung hatte sich indessen eine sehr starke Kontraktur des Kopfnickers ausgebildet, und gleichzeitig bestand eine beträchtliche seitliche Rückgratsverkrümmung, welche in den Hals- und Rückenwirbeln ihren Sitz aufgeschlagen, sowie eine eigenthümliche Verschiebung der rechten Schulter nach vorn und aussen. Das frühere natürliche Ebenmaass des Körpers ward so in kurzer Zeit auf eine betrübende Weise gestört.

Auf die Empfehlung des Hrn. Dr. Andresse ward das früher wohlgebildete Mädchen in meine Anstalt aufgenommen, und zeigte folgende Deformität: Das *Caput obstipum* ward durch eine deutliche Retraktion der *Portio mastoidea musculi sternocleidomastoidei* unterhalten, dessen Verkürzung gegen den der gesunden Seite den seltenen Grad von zwei Zollen erreicht hatte. Der Kopf stand hierbei fast unbeweglich nach links gerichtet, und die Drehung nach rechts war fast aufgehoben. — Die rechte Halsseite, in Folge des geheilten Abszesses, war noch ein wenig geröthet und beim Druck empfindlich. Die Rückenwirbel waren der Mitte des Schulterblattes gegenüber um einen halben Zoll in ihrem grössten Bogen nach rechts von der Mittellinie gewichen. Auch das rechte Schulterblatt hatte seine normale Stelle verlassen; es war wohl einen Zoll nach vorn und aussen verzogen, und gegen das der anderen Seite beträchtlich prominirend. Eine sekundäre Kurvatur der Lendenwirbel fehlte. Dagegen zeigten sich die entsprechenden Rippen stark nach rechts ausgebogen, und besonders auffallend die Veränderung, welche die vordere Seite des Brustkastens erlitten. Das Brustbein stand nämlich in schiefer Richtung nach rechts. Die Breite der rechten Brustseite betrug $3\frac{1}{2}$, die der linken $4\frac{1}{2}$ Zoll. Die

fünfte Figur der beigefügten Tafel zeigt die vordere, sowie die sechste Figur die Rückseite der beschriebenen Kranken. —

Ich begann die Kur damit, die noch zurückgebliebene geringe oberflächliche Röthe und Entzündung der Oberhaut des Halses, das Residuum der erloschenen skrophulösen Drüsenentzündung, durch lauwarme Fomentationen von *Aqua Goulardi* zu heben. Zur Tilgung der noch vorhandenen Skrophulosis verordnete ich den innern Gebrauch des *Oleum Jecoris Aselli*. Nach etwa 6 Wochen konnte ich zur Beseitigung der Kontraktur erweichende Einreibungen anwenden, und gleichzeitig mit der vorsichtigen Benutzung orthopädischer, zu diesem Zwecke von mir konstruirter Hülfsmittel beginnen, welche ich jedenfalls zu versuchen wünschte, bevor ich in diesem, noch nicht eben veralteten Falle zur Operation schreiten durfte. — Die Patientin musste nächstdem täglich mehrere Stunden hindurch die der Natur der Verkrümmung genau entsprechenden speziellen gymnastischen Uebungen verrichten, zu denen ich auch ein vorsichtiges Hängen in der Glissonschen Schwinge rechne. Trotz vielen Schwierigkeiten gelang die erfolgreiche Ausführung des Kurplans. Von Woche zu Woche traten die verkrümmten Parthieen mehr und mehr zu ihren natürlichen Formen zurück. Der straffe und rigide Kopfnicker ward allmälig schlaffer und der Kopf richtete sich gerade. In gleichem Maasse verminderten sich die Ausbiegungen der Wirbelsäule und hiermit die beträchtliche Deformität der rechten Schulter und des Brustkastens. Nach 5 Monaten konnte ich das junge Mädchen blühend und gesund der bekümmerten Mutter zurückgeben. — Ihre Körperformen beim Austritt aus dem Institut bezeichnet die siebente Figur der beigegebenen Abbildungstafel.

Diese Heilung einer neu entstandenen Deformität gelang ohne Muskeldurchschneidung auf rationell medizinisch-chirurgischem Wege. Aber sie giebt uns die wichtige Lehre, wie viel auch in verzweifelten Fällen auszurichten sei, wenn nur die Hülfe des Arztes zeitig gesucht wird. Ein Jahr später, als es hier geschah, wäre ein operativer Eingriff wohl kaum zu vermeiden gewesen, und gewiss wäre die Heilung nicht in so kurzer Zeit, oder überhaupt nicht in so vollständigem Maasse bewerkstelligt worden. — Ich hatte übrigens die Ehre, vielen hochgeachteten Kollegen, insbesondere Hrn. Dr. Andresse, Hrn. Geh. Rath Barez, Hrn. Med.-Rath Froriep, Hrn. Prof. Romberg, Hrn. Med.-Rath Tobias aus Trier u. A. die geheilte Patientin, bevor sie mein Institut verliess, vorzustellen.

D. Verkrümmungen des Rückgrats.

Es ist eine schon vielfach bewährte Thatsache, dass Rückgratsverkrümmungen um so leichter den Bemühungen der Kunst weichen, je jünger das Individuum, je kürzere Zeit das Uebel gedauert und einen je geringeren Grad dasselbe erst erreicht. — Beachtungswerthe Autoritäten haben eine wirkliche Heilung nach dem sechsten, achten Lebensjahre gänzlich bezweifelt, viele andere die Leistungen der Orthopädie überhaupt in Bezug auf Heilung des in Rede stehenden Uebels als sehr gering veranschlagt. Der forschende Arzt darf, der auf Thatsachen basirten Erfahrung nach, diesen niederschlagenden, jeden Fortschritt hemmenden Aussprüchen nicht unbedingt Raum geben. Ich kann es nicht verhehlen, dass die Heilung einer selbst nur unbeträchtlichen

seitlichen Rückgratsverkrümmung zuweilen schon grossen Schwierigkeiten unterliegt, welche die kürzere Dauer des Uebels und das jugendliche Alter verringert; allein sehr oft vermag die Kunst auch unter weniger günstigen Bedingungen bei ausdauernden Anstrengungen noch Hülfe zu schaffen, oft wenigstens eine Verbesserung zu erwirken, und den verkrüppelten Körper gleichzeitig durch allgemeine Kräftigung zu heben und für den Lebensberuf fähig zu machen.

Pflicht des Arztes ist es allerdings, jeder beginnenden Verkrümmung wahre Aufmerksamkeit zu weihen. Kein gewissenhafter Arzt wird mit leerem Trost, dass das Uebel von selbst verschwinden, wie man sich ausdrückt, sich verwachsen werde, seine Klienten hinhalten, er wird vielmehr ihnen und ihren Angehörigen die Wichtigkeit des Gegenstandes ans Herz legen, und wo im privaten Wirkungskreise nicht die eigenen komplizirten, für die Heilung erforderlichen Hülfsmittel vorhanden sind, lieber dem sachverständigen Kollegen in einem orthopädischen Institute die Ausführung des Kurplans so zeitig als möglich überlassen.

Was meine Heilmethode seitlicher Verkrümmungen des Rückgrats betrifft, so bekenne ich zunächst, dass ich in keiner Weise Arkana besitze, mit denen überhaupt zu prahlen des Arztes unwürdig ist. Wir wollen dies gern den Charlatanen überlassen, welche das Publikum glauben machen wollen, dass alles Heil nur bei ihnen, in ihren eigenen wunderbaren Manipulationen (!!), künstlichen Schnürleibern und geheim gehaltenen Streckbetten zu suchen sei.

Wir können bei der Behandlung der Skoliosis der mechanischen Mittel nicht entbehren. Ich achte und benutze die vorhandenen Normen eines Stromeyer, Guérin, Buvier, Lafond u. A.; allein dem rationellen Orthopäden, von dem der Begriff des Arztes unzertrennlich ist, ziemt es zu individualisiren, und ich stimme vollkommen dem Ausspruche eines geistreichen Kollegen bei, welcher sagt: *Ein Streckbett allein hat nie und nirgend eine Verkrümmung geheilt.* — Ein Streckbett ist für den orthopädischen Arzt nichts weiter, als was der Operationstisch für den Operateur ist, eine Fläche, auf welcher er den Verwachsenen in liegender Stellung behandelt, auf und an welcher er Vorrichtungen anbringt, wie er sie zu verschiedenen Zeiten und zu verschiedenen Zwecken nöthig hat. So wenig nun Musik genannt werden kann, wenn ein Affe auf den Tasten eines Klaviers umhertappt, eben so wenig kann Orthopädie genannt werden, wenn eine Person, die kein Arzt ist, eine Verwachsene auf ein Streckbett legt und an derselben handthiert; und eben so wenig kann eine Verwachsene gerade werden, wenn man ihr ein Streckbett giebt, als ein Kind musikalisch wird, wenn man ihm Noten kauft.

Die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen sei, wenn sie Nutzen schaffen soll, eine rationell ärztliche, bei der eine Würdigung der konstitutionellen Verhältnisse und ursächlichen Momente obenan stehen muss. — Die Natur des Uebels wie ihr Ursprung muss erforscht werden. Den rein mechanischen Ansichten entgegen haben zuerst Bell und Stromeyer einen tieferen Blick in das Wesen dieser Krankheit gethan, und Letzterer in seiner Schrift über Paralyse der Inspirationsmuskeln treffliche Materialien für die wissenschaftliche Begründung dieser Lehre geliefert. Physiologische Experimente haben mich selbst

von ihrer Wahrheit überzeugt, und wenn auch nicht jede Skoliosis einen paralytischen Ursprung verräth, so haben wir doch mit dem richtigen Auffassen jener Erklärungsweise einen grossen Schritt vorwärts gethan, und ich verdanke derselben einen wesentlichen Theil meiner nach diesen Prinzipien durchgeführten glücklichen Heilbemühungen. — Es fehlt mir der Raum, dies hier weiter zu verfolgen. Indem ich hierüber bald an einem anderen Orte zu sprechen gedenke, füge ich noch einige Andeutungen über die Gymnastik hinzu, sowie über das in neuester Zeit vielfach besprochene operative Hülfsmittel, die Myotomie.

Es muss wirklich in Erstaunen setzen, wie noch einige starrsinnige Orthopäden, jedem wahren Fortschritte der Wissenschaft entfremdet, die Gymnastik verachten und ihr ganzes Treiben darauf beschränken, die armen Kranken unaufhörlich auf dem Streckbette liegend zu erhalten, das noch dazu durch übermässigen Druck ausübende Kissen, Polster und ähnliche Geräthschaften nicht nur körperliche Pein schafft, sondern auch jeder Heilung schädlich entgegenwirkt. Aber nicht minder tadelnswerth und nicht nutzlos allein, sondern unzweifelhaften Schaden bringend, ist eine ohne alle Prinzipien angewendete Gymnastik, ein blosses Abrichten der Kranken für Balanzirkünste, theatralische Stellungen und ähnliche Koquetterien. — Die Gymnastik ist ein grosses und wichtiges Heilmittel. Der Stempel ihres Werths sei die Einfachheit. In rechtem Maasse und mit richtigem Geiste angewendet, vermag sie Treffliches; allein sie muss dem Wesen der Deformität angepasst, auf die physiologische Wirkung der erkrankten Muskeln berechnet sein; mit einem Worte, die Gymnastik sei eine spezielle, eine eigentlich medizinische, nicht nur dem hohlen Worte, auch der That nach. Wahrlich, eine schwierige Aufgabe, von deren vollkommenen Lösung alles Wohl und Wehe der Kranken abhängt, zu der aber neben technischer Kenntniss auch eine gründliche ärztliche Bildung gehört, nicht ein dürftiges Quodlibet einzelner, dunkler, anatomischer Begriffe. Von diesem Gesichtspunkte aus habe ich die Gymnastik zu erforschen wenigstens mich bestrebt, und ohne mich mit abenteuerlichen Entdeckungen zu brüsten, kann ich doch sagen, dass diese Weise mir wenigstens eine sichere Bahn gezeigt.

Diejenigen, an Rückgratsverkrümmungen Leidenden, bei welchen ich Gymnastik als Heilmittel in Anwendung bringe, pflegen derselben täglich drei Stunden zu weihen, und dies gewährt mit den übrigen Theilen der Kur eine angenehme und wohlthätige Abwechselung, sowie den heilsamsten Einfluss auf die Beseitigung des Leidens selbst. Ich sehe selten bleiche und trübe Gesichter; froher Muth und ein frisches Aussehen lässt bei den neu Aufgenommenen bald Trübsinn und verfallene Züge schwinden, und selbst den mit dem höchsten Grade der Verkrüppelung Behafteten pflegen die gymnastischen Uebungen auffallende Erleichterungen für die gleichzeitig vorhandenen körperlichen Beschwerden, und somit auch einen dem gedrückten Gemüth erhebenden Trost zu gewähren.

Dass die Gymnastik bei blosser Muskelschwäche des Rückens das beste Vorbeugungsmittel einer wahren Verkrümmung ausmache, hat mir die Erfahrung hinreichend bewiesen. Ueber alles dies, sowie über den, auch in anderweitigen Krankheiten durch dieselbe ver-

schafften Nutzen, werde ich mich künftig an einem passenden Orte verbreiten.

Die Durchschneidung der Rückenmuskeln, deren Studium ich während meines vorjährigen Aufenthaltes in Paris unter Guérin's unmittelbarer Leitung oblag (s. meine Schrift über: die orthopädischen Institute zu Paris, nach eigener Anschauung und mit Rücksicht auf den jetzigen Standpunkt der Orthopädie überhaupt. Rust's Magazin Bd. LIX. Hft. 3.), habe ich in meinem Institute öfter geübt. Ich habe trefflichen Nutzen davon gesehen, und werde später über diese Fälle, welche sich zum Theil noch in meiner Behandlung befinden, ausführlich berichten. Auch ich kann diese zwar nur für gewisse Formen der Skoliosis passende Operation der Beachtung und unbefangenen Prüfung dringend empfehlen, und kaum bedarf es hierfür wohl meiner eigenen geringen Autorität, da ausser dem Erfinder dieser höchst wichtigen Operation, Hrn. Guérin, viele englische und deutsche Wundärzte ihren Werth anerkannt. Was ich in Paris davon gesehen, hat mich oft mit Bewunderung erfüllt, und mich um so mehr zur Benutzung dieses unschätzbaren Hülfsmittels veranlasst, als die Erfahrung die Schwierigkeit der Heilung mancher selbst noch nicht veralteten Rückgratsverkrümmung hinreichend bewiesen. Die Durchschneidung der Rückenmuskeln kann jedoch im Ganzen nur eine begrenzte Anwendung finden. Wahre Muskelretraktion verbindet sich nicht immer mit der Skoliosis in dem Verhältnisse, als sie die Grundursache der übrigen Kontrakturen der Extremitäten bildet. Muskelparalyse in höherem oder geringerem Grade bildet viel öfter den Grundcharakter, und zu ihr gesellt sich, wie auch Stromeier annimmt, eine gewisse Weichheit der Knochen. Indessen kann es bei aufmerksamer Untersuchung und Beobachtung nicht entgehen, dass nicht selten Verkürzung der Rückenmuskeln ein deutliches Moment für die Bildung seitlicher Verkrümmungen abgebe, deren Durchschneidung, mit ihrer dadurch bezweckten, nicht blos mechanischen, sondern auch physiologischen Wirkung und funktionellen Veränderung, Hülfe gewährt. Doch würde der Erfolg der Operation ohne eine zweckmässige Nachbehandlung sehr bald wieder verloren gehen, und es waltet hier dasselbe Verhältniss ob, wie bei der Kur anderer Kontrakturen, wo die Operation nur die wichtige Basis zur leichteren und sicheren Ausführung der Mechanik bildet. Jedenfalls ist die Myotomie für die Heilung der Skoliosis ein grosser, unschätzbarer Gewinn. — Hieran reihe ich die Schilderungen einiger mit Glück vollführten Heilungen skoliotischer Kranken.

Zwölfter Fall.

H. W., 11 Jahre alt, aus W., mit erblicher Disposition zu Deformitäten geboren, da die eigene Mutter an einer bedeutenden Skoliosis litt, ward von derselben Krankheit befallen, welche bald die bedrohlichsten Aussichten darbot. Die junge Dame zeigte bei ihrer im vorigen Jahre geschehenen Aufnahme in das Institut eine auffallende Schwäche der gesammten Muskulatur des Rückens. An der Wirbelsäule bemerkte man eine sogenannte schlangenförmige Krümmung, jedoch mit einer bestimmten vorwaltenden Richtung nach rechts, in der oberen Lumbargegend. Die unteren Rippen dieser Seite prominirten. Die Schultern boten nur eine geringe Abweichung von der Norm. — Ausser einer

allgemeinen Gracilität war keine deutlich ausgesprochene skrophulöse Affektion vorhanden.

Martialia, kalte und Duschebäder, spirituöse Einreibungen, dem Zwecke entsprechende gymnastische Uebungen, und dabei der Gebrauch eines einfachen Lagerungsapparates bewirkten binnen fünf Monaten völlige Wiederherstellung. Die Patientin verliess dann das Institut mit kräftigerem Körper und blühendem Aussehen und ihr Rücken zeigte nicht die geringste Abweichung von der Norm.

Dreizehnter Fall.

M. v. L., 13 Jahre alt, von anscheinend kräftiger Konstitution, doch schlaffer Muskulatur, früher stets gesund, litt seit zwei Jahren, ohne dass eine besondere Veranlassung vorangegangen, an Skoliosis, gegen welche in der Provinz von geschickten Aerzten mannigfache Mittel in Anwendung gebracht wurden. Bei der Aufnahme in das Institut betrug die primäre Lumbarkurvatur nach links ½ Zoll, die sekundäre Dorsalkurvatur, mit der nach rechts gerichteten Konvexität ¼ Zoll. Das rechte Schulterblatt ragte um einen halben Zoll weiter hervor als das linke, und stand 2 Zoll von der Mittellinie des Rückens, während die Entfernung des linken nur einen Zoll betrug; die rechte Hüfte prominirte beträchtlich.

In diesem Falle wurde die Heilung, neben der allgemeinen stärkenden Behandlung, insbesondere durch spezielle gymnastische Uebungen, den Gebrauch eines leichten Streckapparats und durch die gleichzeitige Anwendung des Elektromagnetismus auf die affizirten Muskeln binnen 10 Monaten bewerkstelligt.

Vierzehnter Fall. Skoliosis. Paralyse der äusseren Inspirationsmuskeln. Heilung.

A. Z., ein 13jähriges, schlankes, blondes Mädchen, das seit kurzer Zeit sehr schnell gewachsen war, wurde, an einer Rückgratsverkrümmung leidend, meinem Institute übergeben. Der Fall war recht geeignet, die von Charles Bell und Stromeier aufgestellte Idee einer Paralyse der äusseren Inspirationsmuskeln als die Grundursache der Skoliosis zu erläutern. Die Patientin zeigte nämlich folgende Deformität. Das rechte Schulterblatt war herabgesunken und stand um einen Zoll niedriger, als das linke. Der Kukullaris der rechten Seite erschien schlaff, mager und darum das rechte Schulterblatt abgeflacht. Das der entgegengesetzten Seite dagegen war mit seinem oberen Ende etwas nach der vorderen Seite der Brust gezogen, und bildete, da sein unterer Winkel hervorragte, eine eigentliche hohe Schulter. Dabei eine Skoliosis, deren primäre Kurvatur in den Dorsalwirbeln mit der nach links gewendeten Konvexität einen halben Zoll betrug, und ausserdem eine geringere sekundäre Kurvatur der Lumbarwirbel nach rechts. Dem entsprechend waren auch die Rippen der linken Seite prominirend, da der *Serratus magnus* und *cucullaris* dieser Seite das Uebergewicht behaupteten. Beim Erheben beider Schultern war zwar keine Verschiedenheit in der Kraft sichtbar, dagegen wurde bei tieferen Inspirationen die rechte Brustseite durch die mangelhafte Erregung der hierfür bestimmten Muskeln nur unvollkommen ausgedehnt. Es waren daher diese der willkührlichen Bewegung durchaus nicht unfähig und die solche vermittelnden Aeste der Spinalnerven in ihrer völligen Integrität, während der *Nervus accessorius Willisii* als der eigentliche

respiratorische Nerv des *Cucullaris, Levator anguli scapulae* und der *rhomboidei*, sowie des *Sternocleidomastoideus* nicht kräftig genug erregt worden war.

Der innere Gebrauch des *Ferrum carbonicum* und *Ferrum jodatum*, im Verein mit erregenden Einreibungen, Dusche, Elektromagnetismus und Gymnastik, sowie die gleichzeitige, vorsichtige Anwendung gelinder mechanischer Mittel, hob in acht Monaten das Uebel vollkommen. Bei einer weniger strengen Berücksichtigung der Natur der Krankheit würde dies schwerlich gelungen sein.

Kyphosis.

Was die Kyphosis betrifft, so kann allein eine rationelle Würdigung der Aetiologie auch hier Heil bringen. Je nachdem ich es mit einem blossen Rhachitismus oder mit einem *Malum Pottii* zu thun hatte, war das Handeln verschieden. Wie schwer diese Uebel auch zu beseitigen sind, und wie wenig die Hand des Mechanikers dagegen auszurichten vermag, so viel leistet oft eine mit Konsequenz vollführte örtliche und allgemeine Behandlung. Oft, wo es nicht mehr gelingt, die Deformität zu heben, steht uns wenigstens Milderung des Uebels und Lebensrettung zu, und so kann ich mit Freude sagen, dass von den fünf, in meinem Institute behandelten, kyphotischen Kranken vier eine Besserung erfuhren. Dass auch unter den ungünstigsten Umständen nicht ganz zu verzweifeln sei, lehrt folgender:

Funfzehnter Fall.

Ein 10jähriges Mädchen, das viele Jahre am *Malum Pottii* und Karies der oberen Lumbarwirbel gelitten und in Folge deren grosse Kongestionsabszesse mit langwieriger Hektik bestanden, war endlich davon genesen. Das im hohen Grade verkrüppelte Kind hatte eine bedeutende Kyphosis der unteren Dorsal- und oberen Lumbarwirbel. Offenbar hatten einige Wirbel eine wahre Ankylosis erlitten, der ganze Rücken war jedoch ausserdem durch die anhaltende Ruhe so steif und unbeweglich geworden, dass das unglückliche Kind sich weder bücken, noch eine andere Bewegung vornehmen konnte, wenn diese nur irgend eine bedeutende Kraftäusserung erforderte. Das Kind schien für jede Thätigkeit verloren. — Den mit der grössten Behutsamkeit begonnenen und allmälig gesteigerten gymnastischen Uebungen gelang es, vollkommene Gelenkigkeit herbeizuführen, und die kleine, früher höchst unbeholfene Kranke ward blühender als zuvor, wuchs und ist jetzt — die geübteste Turnerin. Ihre physischen wie psychischen Kräfte haben hierdurch einen gleich günstigen Aufschwung genommen.

Einen sehr schätzbaren Beitrag zu der Geschichte der seltenen Knochenerweichung und Knochenbrüchigkeit giebt der zweite Bericht, und wir können es uns nicht versagen, bei dem Interesse, welches dies freilich trostlose Leiden in wissenschaftlicher Hinsicht darbietet, die betreffende Beschreibung mit den eigenen Worten des Verfs. hier folgen zu lassen.

Rosalie Wallmann, die 13jährige Tochter des Kantors Wallmann, ward zu Schönebeck bei Magdeburg von ganz gesunden Eltern gesund geboren. Die ersten Spuren ihrer Krankheit traten indessen

schon in der sechsten Lebenswoche hervor. Das zarte Kind erlitt bereits damals ohne alle Veranlassung einen Bruch des Oberschenkels. Indessen dieser, wie die vielen anderen späteren Frakturen, heilten leicht bei einfachem Verbande, und wiewohl bis zum siebenten Lebensjahre sowohl beide Oberarme, wie beide Oberschenkel, durch jene Verletzungen, wie nicht minder durch den mit aller Macht um sich greifenden Rhachitismus sich bedeutend verkrümmten, so vermochte das durch sorgfältige Körperpflege einigermaassen gediehene Mädchen doch wenigstens in diesem Alter sich an einem Stuhle aufzurichten und die unteren Extremitäten auf naturgemässe Weise, wenn auch nicht vollständig, zu gebrauchen. Nach und nach ging jedoch auch dieser Aufschwung der Naturheilkraft wieder verloren. Die zunehmende Erweichung und Deformität der Knochen, welche bis zum zehnten Lebensjahre schon vierzehn Male gebrochen waren, zerstörte jede freie Funktion. — Die geistig zwar fortschreitende Kranke machte, trotz der Anwendung stärkender, eisenhaltiger und Malzbäder, trotz dem Gebrauche zweckmässiger innerer Arzneien u. s. w., hinsichtlich ihrer körperlichen Entwickelung, traurige Rückschritte, und als ich sie vor etwa zwei und einem halben Jahre in das von mir geleitete Institut aufnahm, bot sie das Bild der beklagenswerthesten Verkrüppelung dar. — Seit jener Zeit bis jetzt ununterbrochen habe ich die ganze Reihe äusserer und innerer roborirender Mittel, insbesondere auch martialische Brunnen und Bäder, geistige Einreibungen, kräftigende Diät u. s. w. in Anwendung gebracht. Die Mittel, dem Kräftezustande des Kindes sowie der anomalen Knochenbildung angepasst, wurden alle gut ertragen, wobei ich namentlich die eigenthümliche Beobachtung machte, dass in der ersten Zeit, wo der allgemeine Schwächezustand sehr vorwaltete, das in die Haut eingeriebene Fett mit ausserordentlicher Schnelligkeit resorbirt wurde. Es gelang mir allerdings so, die Ernährung sichtlich zu heben, Frakturen zu verhüten, und die Beweglichkeit der Gliedmaassen, insbesondere der unteren, zu steigern, so dass das früher fast regungslos an das Bett gefesselte Kind wenigstens eine Stunde am Boden auf allen vier Extremitäten fortzukriechen vermag. Aber die Fähigkeit zu gehen und zu stehen fehlt noch gänzlich. Bei guten geistigen Fähigkeiten und bei einer Empfänglichkeit für Alles, was den kindlichen Geist anzuregen vermag, sehen wir doch für die Förderung einer höheren körperlichen Entwickelung des Kindes die Kunst bis jetzt wirkungslos.

Wenn wir nun die vorhandenen Deformitäten, sofern sie pathologisches Interesse gewähren, der Reihe nach betrachten, so finden wir zunächst, bei der geringen Körperlänge des Kindes von 2 Fuss 10½ Zoll, den Kopf selbst von nicht so unverhältnissmässigem Umfange, wie dies wohl bei Rhachitischen obzuwalten pflegt, wohl aber mit noch ein wenig geöffneter grosser Fontanelle. Der Querdurchmesser des Kopfes von einem Scheitelbeinhöcker zum andern beträgt 4½″, der Längendurchmesser von der *Protuberantia occipitalis* bis zum Stirnbein 6″ 2‴; die Entfernung vom Kinn bis zur Stelle der früheren kleinen Fontanelle 7″ 3‴, und die vom *Foramen magnum* bis zur Höhe des Scheitels 4″ 10‴; endlich die Gesichtshöhe von der Spitze des Kinns bis zum Beginn der Haare 5″ 3‴. Die Entfernung der Schläfenbeine von einander 4″ 3‴, die Entfernung der Wangenbeine 3″ 4‴. Die Gesichtszüge erscheinen nicht verfallen, dem Alter ganz angemessen,

nicht ausdruckslos, und das lebhafte freundliche Auge gewährt dem Menschenfreunde wenigstens die tröstende Beruhigung, dass das sonst so unglückliche Mädchen geistig nicht verkümmert geblieben. Das eigentlich Deforme gewahren wir am Rumpf, an den Extremitäten und am Becken. Das *Pectus carinatum* ist mit seinem Sternum nach links gewandt, die Wirbelsäule in bedeutendem Maasse seitlich gebogen und die unteren Brustwirbel sind von der Mittellinie über $\frac{1}{2}''$ nach rechts gewichen, während die Lendenwirbel nach links verbogen, so dass die durch den dritten und vierten Lendenwirbel gebildete grösste Kurvatur wohl $1\frac{1}{4}''$ beträgt. Dabei sind die rechten falschen Rippen bedeutend ausgebogen, doch beide Schulterblätter ohne Deviation. — Die Respiration zeigt stets eine übermässige Frequenz, ohne dass die physikalische Exploration materielle Störung in den Funktionen des Herzens oder der Lungen ergäbe.

Ganz besonders tragen die Extremitäten das Gepräge eines ausserordentlichen Leidens. — Es fehlen zwar an den oberen Extremitäten die rhachitischen Auftreibungen der Epiphysen durchaus, aber die enormen Verkrümmungen der Oberarme mit den kallösen Ueberresten der früheren Frakturen dokumentiren hinlänglich den Charakter der Krankheit. Uebrigens besitzt der rechte Oberarm vollkommene Beweglichkeit, der linke dagegen vermag nicht ganz gehoben zu werden, woran die Frakturen, denen er theils selbst, theils die, welchen das Schlüsselbein seiner Seite unterworfen war, Schuld sein mag. — Deutlich erkennt man die Spuren früherer Frakturen der Rippen. — Doch die grösste Verkrüppelung haben die unteren Extremitäten erfahren. Beide Oberschenkel, achtmal Frakturen unterworfen, von denen ich selbst eine beobachtet, sind verkrümmt und verkürzt; eben so sind es die Unterschenkel, deren Knochen säbelförmig, plattgedrückt und biegsam, mit scharf hervorstehenden vorderen Rändern der Schienbeine. — Die Füsse dagegen sind ganz normal und haben auffallend bewegliche Zehen. Adduktion und Abduktion der Schenkel, Beugung und Streckung im Kniegelenk normal. Auch an den unteren Extremitäten fehlen die rhachitischen Auftreibungen der Epiphysen der Knochen.

Das Becken, nach der von dem Privatdozenten Hrn. Dr. Schöller mit mir unternommenen Untersuchung, zeigt folgende Abnormitäten ächt rhachitischer Art: der vordere Abstand der *Spinae superiores anteriores* maass 5'' 10''', dagegen die *Conjugata externa* 4''. Die Spitze des *Os coccygis* ist sehr nach innen gewandt, das *Os sacrum* sehr breit und stark gewölbt, die Sitzbeinhöcker weit aus einander stehend, etwa 3'', die Schaambeine etwas schnabelförmig vortretend. Das Becken überhaupt besitzt eine starke Neigung. Der Leib ist weich. Verdauung, Appetit, Stuhlausleerung, Schlaf nicht krankhaft. — Sämmtliche Muskeln des Körpers endlich sehr schlaff und häufig der Sitz herumziehender Schmerzen, den rheumatischen ähnlich und scheinbar von Witterungsveränderungen abhängig.

Eben so ist es der Erwähnung werth, dass der Urin zur Zeit, wo unsere Patientin an einem Knochenbruche gelitten, stets milchweiss sich zeigte und später erst wieder allmälig die natürliche Beschaffenheit annahm. — Die Analyse des Urins ergab Folgendes: Derselbe enthält von den meisten Bestandtheilen die normale Menge; die des Harnstoffs und der Harnsäure scheint etwas vermindert; Chlor-

verbindungen, schwefelsaure Salze, Kalksalze und Magnesiasalze sind in normaler Menge vorhanden. Dagegen findet sich die Phorphorsäure in überwiegender Menge vor, und zwar ohne Zweifel deshalb, weil ihr nicht hinreichend Kalkerde im Körper geboten wird, um mit derselben die Knochensubstanz zu bilden. Sie muss daher, als ohne Kalkerde unbrauchbar, durch den Harn abgesondert werden.

Schliesslich füge ich noch die Bemerkung hinzu, dass von den übrigen sechs Geschwistern der Patientin nur die jüngste, jetzt zwei Jahre alt, von derselben Krankheit befallen ist und auch bereits mehrfache Knochenbrüche erlitten hat.

Schliesslich wollen wir nur noch anführen, dass sowohl die äussere wie innere Einrichtung des schönen Institutes gewiss den Erwartungen der Aerzte wie der Kranken entsprechen werden. Die treffliche Sammlung von Gipsabgüssen und Präparaten, sowie der Instrumente und Apparate, an deren einigen der Verf. manche nützliche Verbesserung angebracht, verschaffen den ärztlichen Besuchern manche lehrreich unterhaltende Stunde, wie denn die ganze, jetzt wohl zur Aufnahme von mehr als achtzig Kuranden eingerichtete Lokalität nur einen wohlthuenden Eindruck gewährt. Ausser einer, der ganzen Anstalt vorstehenden Dame, sind noch besondere Aufseherinnen für die einzelnen Krankensäle angestellt, und ein ausreichendes Wartepersonal ist für die niederen Hülfsleistungen vorhanden. Auch verdient noch die löbliche Einrichtung gekannt zu werden, dass für Kinder, welche unter Aufsicht ihrer eigenen Mütter oder Pflegerinnen bleiben sollen, besondere Zimmer eingerichtet sind. Eine zweckmässige, für alle Arten von Bädern, Begiessungen und Douchen eingerichtete Bade-Anstalt und ein schöner Turnsaal erfreuen uns gleichfalls in diesem Institute, in welchem überdies auch für wissenschaftlichen und Musikunterricht die gehörige Sorge getragen wird.

Ausser einem belobigenden Schreiben der höchsten Medizinal-Behörde ist unserm Verf. auch schon manche ermunterndc Beurtheilung in wissenschaftlichen Zeitschriften zu Theil geworden. Namentlich knüpft Casper's Wochenschrift an das Referat über den „zweiten Bericht" eine wohlverdiente Anerkennung des „sehr empfehlenswerthen Institutes", und spricht es dabei aus, dass der Verf. ein genaueres Studium der Natur der Hüftgelenks-Krankheiten sich besonders zum Ziel gesetzt und seine zum Theil auf ganz neuen Prinzipien begründete Behandlung dieser lästigen und bis jetzt noch meistens als unheilbar betrachteten Uebel bereits sehr erfreuliche Resultate geliefert hat.

Wir dürfen also wohl mit Zuversicht hoffen, dass nicht minder zum Lohne des Dr. Berend, der nicht ohne grosse Opfer sein In-

stitut, das erste und bis jetzt einzige derartige in Berlin, gegründet, sowie zum Besten der fortschreitenden Kunst und Wissenschaft, ein ferneres Wachsthum jener Anstalt nicht ausbleiben werde.

Dr. Paul Gumbinner.

III. Klinische Mittheilungen.

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Ueber die Hydrokele bei Kindern.

„Wir haben keinesweges die Absicht, meine Herren! Ihnen eine vollkommene Abhandlung über die Hydrokele im Allgemeinen zu liefern; wir wollen weiter nichts, als die Eigenthümlichkeiten auseinandersetzen, welche diese Krankheit im kindlichen Alter darbietet, und wir wollen in dieser Beziehung auch nur die Erfahrung vorlegen, die wir in unserem Dienste im Kinderhospitale gesammelt haben, wo jährlich eine ziemlich grosse Anzahl von Kindern, die mit der genannten Krankheit behaftet sind, vorkommen. Auch eine ausgebreitete konsultative Praxis hat uns Gelegenheit gegeben, über dieselbe Beobachtungen anzustellen."

„Die Hydrokele, m. H., ist eine sehr häufige Kinderkrankheit und zeigt sich hier in drei verschiedenen Formen:

1) Die Hydrokele kommunizirt mit der Bauchfellhöhle; diese ist die häufigste Varietät, bei der durch einen geringen Druck die in der Scheidenhaut enthaltene Flüssigkeit durch den Bauchring in die Bauchhöhle getrieben werden kann.

2) Die Hydrokele kommunizirt nicht mit der Bauchfellhöhle; und endlich

3) die Hydrokele ist an einer Stelle auf dem Saamenstrange eingebalgt."

„Es ist sehr leicht, diese drei Varietäten von einander zu unterscheiden. Bei jeder Hydrokele muss man zuvörderst untersuchen, ob sie mit der Bauchfellhöhle zusammenhängt. Zu diesem Zwecke nimmt man die Geschwulst zwischen die Finger, überzeugt sich, dass sie leicht, schwappend und durchsichtig ist. Was die Durchsichtigkeit

betrifft, so ist sie nur da, wo der Hoden sitzt, nämlich hinten und etwas nach oben, verdunkelt. Komprimirt man diese Hydrokele vorsichtig auf die Seitenwände, so kann man die Flüssigkeit zurückdrängen, und wenn man eine Zeit lang diesen Druck fortsetzt, so bemerkt man, dass der Hodensack allmälig straff wird und dass im Tumor nichts zurückbleibt. Um diese Reduktion der Flüssigkeit leicht zu bewirken, lagere man das Kind auf den Rücken, lasse die Schenkel etwas beugen und drücke dann von unten nach oben. Wenn man so verfährt, wird man niemals den Zusammenhang der Hydrokele mit der Bauchfellhöhle verkennen."

„Wenn man eine solche Hydrokele aufgefunden hat, muss man sie für angeboren halten? Man ist natürlich dazu geneigt, und meistens ist dem auch so. Was muss man dagegen thun? Man muss zuvörderst das Volumen des Tumors, die Menge der Flüssigkeit, die er enthält, und die Konstitution des Kindes in Betracht ziehen. Wenn die Ansammlung der Flüssigkeit nicht sehr bedeutend ist, wenn das Kind durch vorhergegangene Krankheiten nicht geschwächt ist, so geschieht es bisweilen, dass ein tonisches Verfahren, stärkende Waschungen, Kompressen mit reizenden Flüssigkeiten befeuchtet hinreichen, die Hydrokele zu heilen. Zu diesen Flüssigkeiten gehören besonders ordinärer Rothwein, Wein mit Kampherspiritus gemischt und reiner Kampherspiritus. Diese Mittel genügen also nur, wenn der Tumor klein ist. Ist der Tumor aber grösser, so genügt diese Behandlung nicht mehr. Wir haben oft Kinder bekommen, die mehrere J hre hindurch innerlich und äusserlich die verschiedensten Mittel gegen die Hydrokele gebraucht haben, ohne dass irgend eine Besserung eintrat. Bei schwächlichen, zarten Kindern, die von chronischen Krankheiten erschöpft sind, muss dies Verfahren immer eingeschlagen werden; bei ihnen muss man ein örtliches reizendes Verfahren mit einer allgemeinen tonischen Behandlung verbinden; ein kampherhaltiges Ammoniakliniment, welches bis zum Rothwerden der Haut angewendet wird, bewirkt unter solchen Umständen bisweilen eine Resorption der Flüssigkeit. — Ein anderes Mittel, welches wir vorschlagen, ist folgendes. Es ist auf das Prinzip gegründet, dass die Absorption um so leichter geschieht, je grösser die Fläche und folglich je grösser die Anzahl der Gefässe ist, mit denen die Flüssigkeit in Berührung kommt. Man lässt demnach durch Druck die Flüssigkeit aus der Scheidenhaut in die Bauchhöhle treten und legt dann auf den Bauchring eine Pelotte, die durch ein Bruchband gehalten wird. Dieses Verfahren bedarf einer steten Aufmerksamkeit und

Ueberwachung, und kann also nur Erfolg haben, wenn die Umgebung einsichtsvoll und für das Kind sehr interessirt ist. Man erlangt daher selten anderswo glückliche Erfolge damit, als bei wohlhabenden Leuten der Stadtpraxis. Wir unserseits haben auf diese Weise 2 — 3 Fälle geheilt. In Betreff der Punktion aber muss ich bemerken, dass auch bei Kindern die blosse Entfernung der Flüssigkeit eine Radikalkur bewirkt, und dass wir auch hier gezwungen sind, behufs derselben Injektionen zu machen. Allein bei der hier in Rede stehenden Hydrokele, nämlich bei derjenigen, die mit der Bauchfellhöhle zusammenhängt, müssen die Einspritzungen mit der grössten Vorsicht gemacht werden. Wir machen auf den Bauchring eine Kompression, um ihn fest zu schliessen; dann treiben wir die Flüssigkeit mit grosser Vorsicht und langsam hinein, damit ja kein einziger Tropfen in die Bauchfellhöhle gerathe. Vor Kurzem habe ich hier ein Kind gezeigt, bei dem nur auf diese Weise die Heilung gelungen ist. Ich gestehe aber, dass in Betracht der Gefahren, die die Injektion reizender Flüssigkeit hier haben kann, wir uns im Allgemeinen nicht beeilen, zu diesem Mittel unsere Zuflucht zu nehmen."

„Wir kommen jetzt zur zweiten Varietät der Hydrokele, nämlich zu derjenigen, die mit der Bauchfellhöhle nicht zusammenhängt. Diese Hydrokele kann angeboren oder später erlangt sein. Wir sind der Ansicht, dass man mit Unrecht alle diejenigen Hydrokelen für angeboren erklärt, welche mit der Bauchfellhöhle zusammenhängen, und dass man umgekehrt die anderen Varietäten niemals für angeboren halten will. Man kann nicht leugnen, dass auch bisweilen eine nicht mit der Bauchfellhöhle zusammenhängende Hydrokele eine angeborene ist. Erst im siebenten Monate des Intrauterinlebens steigen die Hoden in den Hodensack hinab, und es ist möglich, dass, nachdem dieses stattgefunden hat, jedoch vor der Geburt, Flüssigkeit in der Scheidenhaut sich ansammelt. Was die nach der Geburt bei Kindern eintretende Hydrokele betrifft, so sind die Ursachen, wodurch sie entsteht, eben so, wie bei Erwachsenen, nämlich ein Stoss, ein Fall, ein Schlag u. s. w. Die Charaktere, die die Krankheit bei Kindern darbietet, sind ebenfalls ganz so, wie bei Erwachsenen. Man sieht eine mehr oder minder grosse, meistens ovale und mit Ausnahme der Stelle, wo der Hode sitzt, durchsichtige Geschwulst. Auch die Behandlung ist wie bei Erwachsenen; wir beginnen meistens mit einer einfachen Punktion, die niemals Nachtheile hat, und die in 3 — 4 Fällen bei zarten Kindern auch vollständige Heilung bewirkte. Meistens findet aber eine

Wiederkehr der Krankheit statt, und dann sind wir, wie bei Erwachsenen, gezwungen, zur Injektion unsere Zuflucht zu nehmen. Im Allgemeinen sind wir mit diesen Kuren bei Kindern sehr glücklich. Zur Injektion bedienen wir uns weit häufiger des Absuds von Rothwein auf Provinzrosen, als der Jodtinktur, die meist mit Unrecht von neueren Aerzten, namentlich vom Prof. Velpeau, angerühmt worden ist. Wir glauben jedoch, dass die weinige Abkochung der Provinzrosen den Vorzug verdient, da sie die Erfahrung für sich hat. Sie hat vor der Jodtinktur den Vortheil voraus, dass sie weder die Spritze und die Troikarröhre, noch die Wäsche und den Verband beschmutzt. Jedoch müssen wir auch der Jodtinktur einen Vortheil zugestehen, nämlich den, dass bei ihr die Heilung schneller zu geschehen pflegt. Was die anderen Mittel betrifft, namentlich das Haarseil und die Ausschneidung, so haben wir sie wohl versucht, mich längst schon davon dispensirt und sie höchstens für Ausnahmefälle beibehalten."

„Eine dritte Art von Hydrokelen ist die eingebalgte Hydrokele des Saamenstranges. Es ist uns vor Kurzem ein solcher Fall vorgekommen, und ich will mit einigen wenigen Worten desselben gedenken. Es war ein 13 — 14 Jahre alter Knabe, von guter Konstitution, von lymphatisch-sanguinischem Temperament. Er kam zu uns mit einer Geschwulst dicht unter dem Leistenringe der rechten Seite; diese Geschwulst wälzt sich unter dem Finger und giebt dem Drucke desselben nach; sie hat die Grösse eines Sperlingseies, zeigt keine Veränderung der Hautfarbe und erscheint bei genauer Untersuchung vollkommen durchsichtig. Durch einen sanften und allmäligen Druck kann man sie in den Leistenring hineinbringen; beim Husten kommt sie wieder hervor. Bei der Untersuchung des Saamenstranges erkennt man, dass der Hode in den Hodensack hinabgestiegen ist. In solchen Fällen legen wir auf die Durchsichtigkeit des Tumors nur ein geringes Gewicht; ich bin immer überzeugt, dass, sobald der Hode im Hodensacke ist und längs dem Saamenstrange eine bewegliche, schwappende oder vielmehr remittirende, runde Geschwulst gefühlt wird, es nichts Anderes ist, als eine eingebalgte Hydrokele. Wäre es eine Drüsengeschwulst, so würde sie nicht in dieser Gegend sitzen und auch nicht so beweglich sein. Wäre es ein dritter Hode, wovon man selten ein Beispiel gesehen hat, so würde der Tumor nicht durchsichtig sein und der geringste Druck würde einen sehr grossen Schmerz machen; auch würde der Tumor nicht vollkommen rund, sondern nach einer Richtung abgeflacht sein und die Epididymis würde einen Vorsprung machen. Es

schien uns, dass beim Anziehen des Saamenstranges der Tumor hinabstieg, und dass im Gegentheil, wenn man den Tumor in den Bauch hineindrängte, der Hode hinaufstieg. Alle diese Umstände zusammen erwiesen uns aufs deutlichste, dass wir es mit einer eingebalgten Hydrokole zu thun hatten. Was aber uns am auffallendsten war, war der Sitz des Tumors dicht am Bauchringe. — Was ist nun gegen diese Art von Hydrokele zu thun? Bei Kindern ist es am besten, nicht einzugreifen, sondern abzuwarten, bis der Tumor grösser geworden; bei Kindern, die keinen Schmerz haben, ist es am besten, gar nichts zu thun; höchstens lassen wir einen Tragebeutel anlegen, damit der Tumor den Saamenstrang nicht komprimire, obwohl auch ein solcher Tragebeutel nicht von grossem Nutzen ist, da diese Apparate meistens ihrem Zwecke wenig entsprechen. Wir rathen auch wohl zu reizenden Umschlägen, obwohl wir auch hiervon wenig erwarten. Wenn aber alles Abwarten nicht hilft und man gezwungen ist, zu handeln, so bediene man sich des Haarseils, wenn die Geschwulst klein ist; ist sie gross, so behandele man sie, wie jede andere Hydrokele, durch Punktion und Einspritzung."

B. *Hôpital St. Louis* in Paris (Klinik von Lugol).

Ueber die äussere Anwendung des jodhaltigen Jodürwassers, als des besten Mittels zu Injektionen in skrophulöse Abszesshöhlen, Kysten, Fisteln u. dergl.

„Es ist in neuester Zeit wieder so viel von den Injektionen einer Jodauflösung zur Heilung von serösen Höhlen gesprochen worden, dass es wohl Zeit ist, mir die Priorität dieser Anwendung zu vindiziren. Ich will zuerst einen Fall erzählen, den ich jetzt vorhabe, dann an einige andere Fälle erinnern, um hierauf einige Bemerkungen über die Behandlung der Skrophulosis und über die Methode, das Jod äusserlich anzuwenden, daran zu knüpfen."

„F. D., 8 Jahre alt, mit einem unzweifelhaft tuberkulösen Habitus, den er von seinen Eltern geerbt hat, hat am linken Schenkel einen sogenannten kalten Abszess, der etwa 2 Monate vorher sich zu bilden begonnen hat. Dieser Abszess bildet am vorderen, inneren und unteren Theile des Gliedes einen Tumor, halb so gross, wie ein Kindeskopf; der Tumor ist weich, schwappend, und hat nach unten eine

rothe und verdünnte Stelle; er hört an den Kondylen des Femur auf und hängt mit dem Kniegelenk nicht zusammen; auch kann der kleine Kranke ohne grosse Beschwerde gehen. Am fünften Metatarsalknochen des rechten Fusses befindet sich eine Fistel, welche durch Karies dieses Knochens, die vor 3 Monaten eingetreten war, unterhalten wird. Das allgemeine Befinden des Kranken ist zufriedenstellend, mit Ausnahme eines kleinen Hustens; auch haben die Kräfte nicht abgenommen, das Kind ist nicht abgemagert und hat einen guten Appetit. Am 1. Dezember wird ein 1 Zoll langer Einschnitt am untersten Theile des Tumors gemacht; es fliesst mehr als ein Litre röthlichen, mit faserigen Klumpen gemischten Blutes aus. Darauf wird eine sehr verdünnte Jodüraufiösung eingespritzt. Verband einfach und kompressiv; eine Wieke wird in die Wunde hineingelegt. Die Einspritzung wird täglich wiederholt; sie hat zur Folge, dass die Anschwellung der Eiterausflüsse überall nachlässt; die aus der künstlichen Oeffnung des Tumors entspringende Wunde war nach 3 Wochen vernarbt. Es bildete sich aber noch eine neue Fistel, die sich nicht so bald schloss und die vermuthlich durch Nekrose des Knochens unterhalten wird. Der Kranke kann gehen, fast ohne zu hinken; die Fistel am Fusse ist auch noch nicht geheilt."

Hr. Lugol stellt nun auch die beiden erwachsenen Kranken dar, von denen der eine, ein Schuhmacher, 23 Jahre alt, einen mehr als faustdicken Kongestionsabszess an der rechten Seite des Halses hatte, und von denen der andere, ein Militär, einen eben solchen Abszess auch am Halse hatte. In beiden Fällen wurden die Geschwülste angestochen; der tuberkelartige, übelriechende Eiter wurde ausgelassen und dann wiederholt eine Einspritzung des Lugol'schen Jodwassers gemacht. Zu bemerken ist, dass der Schuhmacher vorherrschend skrophulös und zu Tuberkeln geneigt war, und dass, was den Militär betrifft, fast alle Geschwister desselben an Tuberkeln starben.

„Wir haben also", sagt der Prof., „bei diesen drei Subjekten nach der Punktion der kalten Abszesse unsere Jodlösung eingespritzt, was wir seit 16 Jahren sowohl in unserem Hospitale, als in unserer Stadtpraxis immer thun. Sobald wir eine Ansammlung von tuberkulösem Eiter in den weichen Theilen erkennen, lassen wir ihn durch einen Einstich aus und bedienen uns der Einspritzung unserer verdünnten Jodüraufiösung, um die Höhle vollständig zu entleeren und zugleich das Innere derselben so zu modifiziren, dass eine Adhäsiventzündung eintritt. In den zwei ersten Jahren unserer Untersuchungen über das

Jod, nämlich 1827, 1828, benutzten wir eine Auflösung dieses Stoffes zu Lokalbädern für den ganzen Theil; solche Bäder sind aber jetzt viel zu theuer, weil der Verbrauch des Jods ungeheuer gestiegen ist. Wir gaben dem Kranken auch eine Jodauflösung zum Getränk, da wir damals das Jodür in Auflösung noch nicht benutzten. Späterhin gelang es uns auch, eine Formel zu finden, um das Jodür äusserlich im Bade zu benutzen, und um unsere Behandlung der Skropheln deutlich zu machen, müssen wir hier kurz unsere Versuche angeben, die uns zu unserem jetzigen Verfahren geführt haben. Aber wir wollen kurz sein. Bei unserem dritten Versuche liessen wir 3 Drachmen sehr reinen Jods in 6 Unzen rektifizirtem Weingeist auflösen; diese weingeistige Jodtinktur wurde dann in ein warmes Bad gegossen. Sogleich erhoben sich bläuliche Dämpfe auf der Oberfläche des Wassers, und bald wurde die Atmosphäre mit einem Geruche überfüllt, welcher sehr belästigend für die Umstehenden war, die Augen, die Nase, den Pharynx reizte u. s. w. Es ergab sich ferner, dass das Jod sich auch auf den Grund der Badewanne absetzte, und es hatte demnach der Alkohol im Bade das Jod verlassen, welches also zum Theil in Dämpfen entwichen, zum Theil losgelöst und im Wasser suspendirt verblieb. Dieselben Erscheinungen traten jedesmal ein, wenn wir den Versuch wiederholten, und wir schlossen daraus, dass die weingeistige Jodtinktur, welche das von Coindet eingeführte Präparat war, auch zum innerlichen Gebrauche nicht viel taugen könne, dass sich auf den Magenwänden reines Jod ablagern und zersetzend auf die Nahrungsstoffe wirken müsse. Eine zweite Reihe von Untersuchungen führte uns von den Jodbädern zu den Jodürbädern, d. h. zu einer Auflösung des Jods nicht in Alkohol, sondern in Jodkalium, welches ein vortreffliches Auflösungsmittel für das Jod ist. Die beste Mischung giebt ein Theil Jod zu zwei Theilen Jodkalium. Diese Mischung ist gleichförmig und vollkommen auflöslich im Wasser. Seit 16 Jahren benutzen wir das Jod niemals mehr rein, sondern nur das Jodür mit Jod versetzt. Wenn man neuerdings so viel Aufhebens von der Einspritzung der Jodauflösung in seröse Kysten und bei Hydrokele gemacht hat, so muss ich bemerken, dass ich schon 1828 und seit der Zeit fortwährend mich der genannten jodhaltigen Jodürauflösung zu Einspritzungen und Verbänden bei Kysten, kalten Abszesshöhlen und Fisteln bedient habe. Es gebührt uns also die Priorität, und wir bemerken nur noch, dass wir auch dieselbe Auflösung als Augenwasser gegen skrophulöse Ophthalmieen, und als Schnupfwasser gegen skrophulöse Koryza und Ozäna anwandten.

Jetzt gebrauchen wir immer eine solche Auflösung äusserlich theils zu Injektionen, theils zu Lokalbädern."

„Diese äusserliche Anwendung des Jods aber bildet doch niemals die Hauptbehandlung, sondern kommt nur der inneren Anwendung des Jods zu Hülfe. Die letztere bildet die Hauptsache, und wir haben viele Skrophelkranke aufzuweisen, denen äusserlich fast niemals Jod applizirt worden war. Was die kalten Abszesse betrifft, so ist auch bei ihnen eine Injektion einer Jodüraunflösung ganz unzureichend, wenn nicht auch innerlich Jod gegeben wird."

IV. *Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.*

1. Ueber die Anwendung des Kadiköls (*Oleum cadinum*, *Oleum ligni juniperi*) gegen skrophulöse Ophthalmieen

Das Kadiköl ist ein theerartiges oder empyreumatisches Oel, aus dem Holze von *Juniperus oxycedrus* bereitet, und ist im mittäglichen Frankreich ein sehr beliebtes Volksmittel gegen psorische Hautübel bei Thieren und bei Menschen. Das Kadiköl ist eine bräunliche, brennbare Flüssigkeit, die wie Theer oder wie geräuchertes Fleisch riecht, mit einem scharfen und kaustischen Geschmacke. Gegen psorische ekzematöse Hautübel wird es vielfach angewendet, und eine besondere Wirksamkeit zeigt es gegen skrophulöse Augenentzündungen. Hr. Serre in Arles erzählt im *Bulletin de Thérapeutique* mehrere Fälle von sehr schneller Heilung dieser Ophthalmie durch das genannte Mittel. Er erhebt das Augenlid und betupft die innere Fläche mit einem in das Kadiköl getauchten Pinsel. Dieses ist jedoch nur dann nothwendig, wenn die Ophthalmie sehr hartnäckig ist und wenn vielleicht schon die Hornhaut zu ulzeriren beginnt. Sonst aber, und namentlich bei Kindern, ist es nur nothwendig, äusserlich auf das Augenlid das Kadiköl aufzutragen, und zwar alle zwei Tage einmal, um die hartnäckigsten Ophthalmieen zu beseitigen. Ja blosse Unktionen der Stirn, der Schläfe, der Wangen, kurz der Umgebung des Auges haben bisweilen hingereicht, Heilung zu bewirken. In einigen Fällen sind die Resultate durch die Einführung eines Tropfens Kadiköl in jedes Nasenloch noch beschleunigt worden. Wenn nach 5—6tägi-

gem Gebrauche das Kadiköl nichts hilft, so muss man, nach Hrn. Serre, davon abstehen und andere Mittel, namentlich Sublimatbäder, benutzen.

---

2. Ueber das Vorkommen der Hasenscharte bei Negern.

Eine amerikanische Zeitschrift hat die Frage aufgeworfen, ob auch bei den Negern die Hasenscharte vorkomme? Die Beantwortung war negativ, und der Autor kam natürlich zu der weiteren Frage, woher das komme? Es sind jedoch an das medizinisch-chirurgische Journal zu Boston verschiedene Mittheilungen übersendet worden, welche darthun, dass bei den Negern eben so die Hasenscharte vorkomme, wie bei den Weissen. „Ich habe", sagt Hr. Constock, „mehr als einmal die Hasenscharte bei Negern angetroffen; vor wenigen Jahren habe ich einen Neger mit einer doppelten Hasenscharte gesehen., So viel ich weiss, ist bei den Negern die Hasenscharte durchaus nicht selten. Eine Dame meiner Familie hat erst vor wenigen Monaten auf einem Dampfschiffe einen Schwarzen angetroffen, der durch eine doppelte Hasenscharte furchtbar entstellt war." In den folgenden Nummern desselben Journals wurden so viele Fälle von Hasenscharte bei Negern erzählt, dass man fast hätte glauben können, dieser Bildungsfehler sei bei ihnen noch häufiger, als bei den Weissen.

---

3. Ueber die Einathmung des Chlorwasserstoffgases gegen den Krup.

In der *Gazette des Hôpitaux* vom Januar d. J. bemerkt Hr. Humolle, dass, da die Tracheotomie gegen den Krup noch ausserordentlich vielen Widerwillen bei den Eltern der Kinder findet, da die Ueberzeugung immer fester und fester wird, dass eine allgemeine Behandlung gegen diese Krankheit nur höchst selten etwas auszurichten vermag, wenn sie nicht mit einer lokalen, direkt auf den Sitz des Uebels wirkenden Behandlung verbunden ist, er schon längst daran gedacht habe, wie es am besten möglich sei, gewisse flüssige oder feste Medikamente in den Larynx hineinzuführen. Er sei denn endlich zu den Einathmungen von Chlorwasserstoffgas (Dämpfen rauchender Salzsäure) gelangt, die er seit 2 Jahren benutze, und die ihm reizend auf

die Schleimhäute und zugleich, namentlich verdünnt angewendet, auf das geronnene Eiweiss, welches die falschen Membranen hauptsächlich konstituirt, auflösend zu wirken scheine. Er erinnert an drei Fälle von Krup, die er damit geheilt und von denen er der *Société médico-pratique* Nachweis gegeben. Diese Fälle hatten ihm übrigens die vollständige Unschädlichkeit dieser Dämpfe für den Kranken sowohl, als für die Umgebung dargethan. Seitdem habe er drei andere Fälle von Krup auf dieselbe Weise behandelt und ebenfalls hergestellt; allein zwei unglücklich abgelaufene Fälle haben dann später das übermässige Vertrauen, das Hr. H. zu diesem Mittel zu fassen angefangen hatte, sehr erschüttert. Er erzählt diese zwei Fälle. Die Kinder waren bis zur Periode der Erstickung gelangt, als er gerufen worden war. Bei dem einen Kinde liessen die durch Erbrechen ausgeworfenen gabelförmigen und röhrigen Hautfetzen keinen Zweifel über das Vorhandensein des Krups in den Bronchialästen; bei dem anderen Kinde fehlte zwar dieses sichere Zeugniss, statt dessen war aber eine androhende Asphyxie vorhanden, welche offenbar sehr bald eine Tracheotomie nothwendig zu machen schien. In beiden geschah es nur auf Ansuchen der Eltern, die eine Tracheotomie durchaus zurückwiesen, dass Hr. H. sich bewegen liess, seine Chlorwasserstoffeinathmungen anzuordnen. Trotz der sehr ungünstigen Umstände trat doch dabei eine sehr bedeutende Besserung ein: die Dyspnoe verlor sich, eben so das Laryngo-Trachealpfeifen; die Stimme verlor ihren Krupton; Appetit und Munterkeit zeigten sich wieder, und diese Besserung dauerte in dem einen Falle 5 Tage, in dem anderen 6 Tage. Leider aber erschienen alle die früheren Zufälle wieder, und zwar trotz den fortwährend fortgesetzten salzsauren Dämpfen, und es starb das eine Kind am achten und das andere Kind am neunten Tage der Krankheit. An beiden Kindern war die Tracheotomie am letzten Tage noch gemacht worden. — Unerachtet dieses übeln Resultats glaubt Hr. H. nicht, dass die Einathmungen der salzsauren Dämpfe gegen den Krup so ohne Weiteres zu verwerfen seien; im Gegentheil scheint ihm dieses Mittel ausserordentliche Rücksicht zu verdienen; denn zwei schlechte Erfolge auf acht gute Erfolge geben noch lange kein so schlechtes Verhältniss, wie die anderen Medikationen, zumal da selbst in den beiden unglücklich beendeten Fällen eine auffallende Besserung durch die genannten Inspirationen herbeigeführt worden war.

---

4. Ueber die Behandlung der Skrophelgeschwülste durch salzsauren Baryt, Jodkalium und Eisenprotojodür.

Das Eisenjodür wäre ein treffliches Mittel gegen gewisse skrophulöse Zustände, wenn es nicht so ausserordentlich schnell zersetzbar wäre. Hr. Dupasquier, Prof. in Lyon, der das wohl erkannt hat, hat sich verschiedentlich bemüht, dieses Präparat haltbarer zu machen. Er benutzt das Eisenprotojodür und lässt es in reinstem *Syrup. gummosus* aufbewahren. Ist dieser Syrup trübe geworden, so ist es ein Beweis, dass das Mittel sich zersetzt hat. Hr. Sirus Pirondi in Marseille (*Clinique de Marseille*) benutzt dieses Protojodür vielfach gegen Skropheln, aber eben so oft und noch häufiger die *Baryta muriatica* innerlich. „Seit lange", sagt er, „sind wir gewöhnt, den salzsauren Baryt als eins der besten Mittel gegen die Skrophelsucht, in welcher Form sie sich auch äussern mag, zu betrachten, und wir haben viele glückliche Resultate schon anderweitig bekannt gemacht. Sind Drüsenanschwellungen am Halse oder im Mesenterium vorhanden, so verbinde ich örtliche Friktionen von Jodkalium mit dem inneren Gebrauche des salzsauren Baryts, und bin im Allgemeinen mit dieser gemischten Medikation sehr zufrieden. Indessen giebt es kein Mittel, kein Heilverfahren, das nicht bisweilen im Stiche liesse, und es wäre dann thöricht, hartnäckig bei einem einmal hergebrachten Verfahren beharren zu wollen. Im vorigen Oktober sind 8 Kinder, 4—8 Jahre alt, von sehr deutlichem lymphatischen Temperamente und mit sehr angeschwollenen Halsdrüsen vergeblich mit Barytwasser behandelt worden; auch Einreibungen von Jodkalium wurden umsonst zu Hülfe genommen. — Jetzt gab ich das Eisenprotojodür und zwar in mittlerer Dosis zu sechs Tropfen täglich in Gummisyrup. Einen ganzen Monat lang gab ich dieses Mittel, ohne dass Besserung eintrat; dann verdoppelte ich die Dosis, ohne dass der Magen davon belästigt wurde. Jetzt begann die örtliche Anschwellung sich zu vermindern und nach Verlauf von 5 Wochen war sie gänzlich verschwunden. Ich liess jedoch das Mittel noch weiter gebrauchen, und als ich später zwei dieser Kinder wieder zu sehen bekam, konnte ich mich davon überzeugen. — Die Wirksamkeit der innerlich gereichten Mittel wird durch Beihülfe der äusseren Einreibungen von Jodkalium bedeutend bethätigt. In manchen Fällen jedoch ist die Haut zu reizbar und man muss die Einreibungen unterlassen; dann kann man aber ohne Nachtheil das Eisenprotojodür in noch stärkeren Gaben reichen."

„Bei drei anderen Kindern, 3, 5 und 8 Jahre alt, welche an *Achor mucosus*, mit Drüsenanschwellungen um den Hals begleitet, litten, verordnete ich das Jodeisen und erlangte damit in kurzer Zeit höchst bemerkenswerthe Resultate."

---

5. Ueber Harnverhaltung bei Kindern durch mechanische Ursachen.

Im *Journal des Connaiss. méd.-chirurgic.* vom April 1846 macht Hr. E. Kemmerer, Arzt zu St. Martin auf der Insel Ré, folgende zwei Fälle bekannt, die beweisen, wie nöthig es sei, immer und unter allen Umständen die Untersuchung der kranken Organe anzustellen, bevor man ein Urtheil fällt oder Mittel verordnet. 1) Im Juli 1844 wurde Hr. K. zu einem 6 Jahre alten Kinde gerufen, das seit 5 Tagen an Harnverhaltung litt; der Penis ist angeschwollen wie eine Wurst, der Hodensack hat seine natürliche Grösse und die Blase ragt bis über den Nabel hinauf. Das Gesicht ist bleich, die Augen sind halb geschlossen; Haut fast kalt und sehr nach Urin riechend; Puls klein und langsam. An der Wurzel der Ruthe sieht man eine ringförmig den Penis umgebende, schmale, geschwürige Furche; die Anschwellung der Theile war sehr bedeutend; allein die Muthmassung, dass durch eine Einschnürung dieser Zustand herbeigeführt worden, lag so nahe und war so bedeutend, dass Hr. K. das Ende einer gefurchten Sonde hineinschob und damit wirklich ein Hinderniss fand, das er durchriss. Es war dieses ein einfacher Seidenfaden, der den Penis umschnürt hatte. Sogleich floss der Urin mit Kraft aus, aber auch etwas Urin trat zur Wunde heraus. Er erfuhr, dass das Kind seit seiner Geburt an nächtlichem Bettpissen gelitten hatte, dass es, dafür immer von seiner Mutter hart gezüchtigt, auf den Einfall kam, durch einen Seidenfaden sich das Glied zuzubinden, und dass es alle die darauf folgende furchtbare Pein und Angst mit solcher Standhaftigkeit ertrug, dass die Mutter auch nicht das Geringste davon wusste. — Hr. K. brachte sogleich einen bleibenden Katheter in die Harnröhre und verordnete Weinumschläge, um die angehende Harnröhrenfistel, sowie die Wunde zu heilen. Erst 3 Monate darauf sah er das Kind wieder; es war vollkommen geheilt, obwohl die Mutter, gleich nachdem der Arzt sie verlassen, den Katheter entfernt hatte; sie hatte dem Kinde äusserlich auf die Wunde Wein umge-

schlagen und ihm auch innerlich Wein gegeben. Neun Tage lang nachher war noch Urin durch die Fistel ausgeflossen, dann aber vernarbte diese.

In dem zweiten Falle von Harnverhaltung war es ein Stein, der in der Harnröhre sass, und der von Hrn. K. entfernt wurde.

---

6. Heilung der *Spina bifida* bei einem 10 Tage alten Kinde.

Die *Spina bifida* ist eine Krankheit, die nur sehr seltene Fälle von Heilung darbietet, und es ist daher von Interèsse, dass solche Fälle mitgetheilt werden, wo sie sich vorfinden, damit daraus eine richtigere Prognose und eine bessere Heilmethode abstrahirt werden können. Hr. Dr. Beaunier in Pezo macht im *Journal des Connaiss. méd.-chirurgic.* April 1846, folgenden Fall bekannt. Am 8. Juli 1844 wurde ich zu einem 10 Tage alten Kinde gerufen, welches eine Gänseei-grosse Geschwulst im Nacken, in der Gegend des dritten Halswirbels, hatte. Die Wandungen des Tumors erschienen sehr dick, die Farbe röthlich; die verengerte Basis hatte 7 Centimeter im Umfange, und gestattete kaum die beiden Ränder des unvollständigen Wirbels zu erkennen. Sobald man eine etwas starke Kompression versuchte, so schrie das Kind dermaassen, dass man verhindert wurde zu erkennen, in welchem Grade die Geschwulst sich verkleinerte. Ich hatte offenbar mit einer *Spina bifida*, die nicht mit Hydrokephalus komplizirt war, zu thun, und da die Eltern selber eine Operation verlangten und auch eine andere Hülfe nicht zu erwarten war, so unternahm ich die Operation. An die Kompression, welche ich vor 12 Jahren einmal mit glücklichem Erfolge verübt hatte, konnte ich hier nicht denken, da das Kind nicht den geringsten Druck zu ertragen schien. Sollte ich zu wiederholten Punktionen meine Zuflucht nehmen? Allein sie haben sehr selten Erfolg gehabt. Was die nach Abtragung der Geschwulst angelegte Sutur betrifft, so zählt sie nur 1 — 2 Erfolge. Man hat auch angerathen, um den Stiel, wenn ein solcher vorhanden ist, eine Ligatur umzulegen; aber dieses Verfahren war noch unglücklicher als das vorige. Mir blieb jedoch bei diesem Kinde nichts übrig, als die Ligatur, die ich hier, ein wenig modifizirt, in Gebrauch zog. Um die Basis des Tumors herum zog ich mit dem Wiener Aetzmittel einen Kreis, um einen Schorf zu erlangen, den ich mit einem Hanf-

faden umgab, welchen ich nur mässig anzog. Das Kind schrie etwas dabei. Dann machte ich mit der Lanzette einen Einstich, aus dem an 20 Skrupel Serum ausfloss, das mit etwas Blut aus den Hautdecken gemischt war. Ich hatte mir vorgenommen, später die Ligatur fester anzuziehen, allein das Kind wurde erst 4 Tage darauf wieder zu mir gebracht; es hatte inzwischen die Brust der Mutter wieder genommen und befand sich sonst ganz wohl; indessen erschien die Geschwulst jetzt fast grösser, als vor der Operation. Ich zog nun die Ligatur noch fester an und machte wieder einen Einstich, aus dem nun an 45 Skrupel Serum ausflossen. 4 Tage später war der Tumor vollkommen eingesunken und der Geruch war sehr übel. Jetzt trug ich den Tumor ganz ab und erkannte, dass die Wandungen aus der Kutis, sehr dickem Zellgewebe und den Rückenmarkshüllen bestand. Nach Verlauf einiger Tage war der Schorf abgefallen; die geätzte Fläche vernarbte nach und nach und eine vollkommene Verwachsung der Membranen verhinderte den weiteren Austritt von Flüssigkeit. Nachdem 4 Monate vergangen waren, sah ich das Kind wieder und fand, dass es vollkommen geheilt war. Die Stelle, die die *Spina bifida* eingenommen hatte, war nur noch an einigen röthlichen oder bläulichen Streifen und Flecken zu erkennen. Unter der Haut fühlte man eine knochige Hervorragung, eine Art Kanal, an der Stelle, wo früher ein breiter Schlund war. Das Kind hatte an Kräften zugenommen und befand sich in einem sehr wünschenswerthen Zustande.

---

7. Analyse der Flüssigkeit aus der *Spina bifida*.

In der Londoner *Medical-Gazette* giebt Dr. Percy die Analyse der Flüssigkeit, die er nach dem Tode eines Kindes aus der *Spina bifida*-Geschwulst entnommen hatte. Das Quantum betrug 6 Unzen; die Farbe war röthlichbraun, trübe; beim Stehen setzte sich ein grosse Menge rother Partikeln, und die darüber stehende Flüssigkeit wurde durchsichtig und blassgelb, wie Serum. Es hatte sich demnach wahrscheinlich etwas Blut mit der Flüssigkeit gemischt; jedoch war dessen Menge zu gering, als dass es auf die Analyse einen Einfluss haben konnte. Die Flüssigkeit riecht ziemlich wie frisches Gehirn; spezifisches Gewicht 1000, Temperatur 59° F.; stellt langsam, jedoch vollständig die Farbe des gerötheten Lakmuspapiers her. Die Analyse von 1000 Gran Flüssigkeit ohne den Rückstand ergab:

Festen Rückstand		17.50
Wasser	982.50	
Eiweiss	4.24	
unbestimmbare organische Materie	4.44	
Chlor, Kohlensäure und Schwefelsäure, Kali, Natrum	8.58	
phosphorsauren Kalk	0.24	
	1000.00	

Die Resultate der Zerlegung von 1000 Gran einer eben solchen Flüssigkeit (ohne den Rückstand) von einem anderen Individuum waren:

Fester Rückstand		9.1
Wasser	990.9	
organische Materie	1.5	
feste, salzige Stoffe	7.6	
	1000.0	

---

8. Tracheotomie gegen den Krup.

In den Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft der Indre und Loire, vom zweiten Quartal des vorigen Jahres, bemerkt Dr. Morand, dass man die Tracheotomie gegen den Krup weit öfter unternehmen sollte, als es gewöhnlich geschieht; denn die Gefahr, die die Operation mit sich führt, ist durchaus nicht so gross, wie diejenige, welche die Krankheit setzt. Wenn die Operation wirklich bisweilen einen üblen Ausgang hatte, so kann dieser auch verhindert werden; denn die eigentliche Gefahr der Operation liegt in der Anhäufung von Schleim und pseudomembranösen Fetzen, die sich fortwährend bilden, und durch die Athmungen vermittelst der künstlichen Oeffnung eine Zeit lang noch vermehrt werden. Diese Anfüllung der Luftröhren mit diesem Stoffe ist der Grund, weshalb gleich nach der Erleichterung, die die Respiration durch die Tracheotomie erlangt hatte, mit grosser Schnelligkeit eine Asphyxie zu erfolgen pflegt, worauf der Tod bald eintreten würde, wenn man nicht sogleich dafür sorgte, durch Einführung einer dicken Sonde in die Luftröhre Husten zu erregen und den Schleim und die Hautfetzen nach aussen zu führen. Aber weder das Röhrchen noch die Sonde bietet dazu einen hinreichend freien Weg, und es komme, sagt Hr. M., hauptsächlich darauf an, dass

dieser Ausgang so frei und offen, wie möglich, erhalten werde, wodurch man den Erfolg vorzugsweise sichern könne. Er macht daher eine grosse Oeffnung in die Luftröhre und hält sie mit einem Dilatator weit aus einander. Um zu verhüten, dass durch die Einwirkung der Luft die Wunde zu sehr vertrockne und der Schleim sich zu sehr verdicke, hat Hr. M. anfänglich einen mit Wasser getränkten Schwamm aufgelegt; aber da dieses Mittel nicht ausreichend zu sein schien, hat er später die Wunde und deren Ränder mit Oel befeuchtet, dann hat er über die Klappen des Dilatators ein grosses Stück, häufig mit Wasser befeuchteter, Gaze aufgelegt. Dadurch bewirkte er, dass die Luft, indem sie durch die Gaze drang, feucht wurde, während sie zu gleicher Zeit sich dabei etwas erwärmte.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

Pathological Society in Dublin.

1. Hypertrophie mit Erweiterung der linken Herzkammer bei einem anämischen Subjekte.

Dr. Stokes gab folgende Notizen. Ein Knabe, der im 13ten Jahre seines Alters gestorben war, hatte seit vielen Jahren, fast von der Kindheit an, an nächtlichem Bettpissen gelitten, wogegen vergeblich die verschiedensten Arzneien gegeben worden waren; ja selbst zur Zeit der Pubertät konnte er das Uebel noch nicht los werden, und da der Knabe sehr empfindlich und zartfühlend war, so machte die Krankheit auf ihn jedesmal einen sehr nachtheiligen Eindruck. Als St. ihn sah, hatte sein Gesicht den Ausdruck der Angst und des tiefen Kummers; er sah dabei sehr bleich aus; die Lippen blass, kurz, er schien an Anämie zu leiden. Er hatte häufiges Herzklopfen, und es war kein besonderes Geräusch zu vernehmen, ausgenommen das einer stürmischen Herzthätigkeit, wie man sie oft bei alten Leuten findet. Bisweilen war ein sehr starker Impuls des Herzens vorhanden; der Puls am Handgelenke war immer unregelmässig, und es ging in 24 Stunden ausserordentlich viel Urin ab. Viel war hier von der Behandlung nicht zu erwarten; man hatte Blutegel auf die Herzgegend gesetzt und sie stark

nachbluten lassen; dann hatte man ein Blasenpflaster gelegt, welches eine schmerzhafte Eruption kleiner Pusteln zur Folge hatte. Hierauf trat einige Besserung ein, die aber nicht von Dauer war, denn der Knabe verfiel plötzlich in Krämpfe und starb. Man fand den Körper ausserordentlich blutleer, dabei aber Hypertrophie mit Dilatation des linken Ventrikels und siebförmiger Durchlöcherung der Aortenklappen. Diese letztere schien jedoch nicht von der Art zu sein, dass sie eine Regurgitation des Bluts gestattete. Das Herz ist in Fällen von Phthisis oft sehr klein, und man hat dieses dadurch erklärt, dass man angenommen hat, das Organ verkleinere sich im Verhältniss zur Abnahme der Quantität der zirkulirenden Flüssigkeit; allein der hier erwähnte Fall widerspricht dieser Ansicht; die Anämie bewirkt nicht Atrophie und Verkleinerung des Herzens, und es ist daher wahrscheinlicher, dass die bei Phthisischen so oft bemerkte Atrophie des Herzens eben so, wie die des Magens und des Uterus, nur eine der vielen Wirkungen der Phthisis überhaupt sei, und dass es dabei auf die Quantität des zirkulirenden Bluts gar nicht ankomme.

---

2. Zustand der Nieren bei Wassersucht nach Scharlach.

Dr. Kirkpatrick sagte, dass die Gelegenheit, die Nieren in Fällen von Wassersucht nach Scharlach zu untersuchen, jetzt glücklicherweise nur selten ist. Das von ihm auf die Tafel gelegte Präparat werde deshalb wohl einiges Interesse erregen, zumal da wir bis jetzt über den Zusammenhang der Wassersucht mit den Nieren beim Scharlach noch in mancher Beziehung in Zweifel sind. Die beiden von ihm hier vorgelegten Nieren sind von einem 4 Jahre alten Knaben entnommen, welcher zuerst im Mai 1844 zu ihm in Behandlung kam. Zu dieser Zeit hatte er Keuchhusten, der mit Pneumonie der rechten Lunge komplizirt war, welche eine partielle Induration des Lungenparenchyms hinterliess. Keine Behandlung konnte eine Zertheilung dieser Verhärtung bewirken. — Am 26. Januar d. J. wurde der Knabe von Scharlach ergriffen, welcher alle seine gewöhnlichen Stadien durchmachte. Nachdem die Eruption verschwunden war, bekam er, die Wassersucht zu verhüten, warme Bäder und diaphoretische Mittel; allein es trat dennoch Anasarka ein; der Urin wurde eiweisshaltig, und der Knabe starb am 21sten Tage nach Eintritt der Wassersucht. Die Nieren waren in einem ausserordentlich kongestiven Zustande, von einer dunkel-purpurrothen Farbe; an der Oberfläche waren sie

etwas gefleckt, aber man sah keine Granulation. Einen Theil der rechten Lunge fand man hepatisirt; es war dies die Folge einer 18 Monate vorher stattgehabten Lungenentzündung. In der verhärteten Partie sah man Tuberkeln, aber sonst nirgends an anderen Stellen der Lunge.

---

3. Ueber Kirrhosis der Leber bei jugendlichen Subjekten.

Dr. Adams berichtet, dass ein Knabe vor etwa 14 Tagen in das Richmond-Hospital gebracht worden, welcher sterbend von der Polizei auf der Strasse gefunden wurde. Der arme Knabe war in einem Zustande, dass er keine Auskunft über sich geben konnte, und kein Freund oder Verwandter begleitete ihn, um zu sagen, wer er sei und woher er komme. Er schien sehr erschöpft zu sein und versank dann und wann in Koma; etwas Flüssigkeit war im Bauche vorhanden. Nach einer Woche ungefähr starb der Knabe, und in der Leiche fand man, ausser einer Menge gelber Flüssigkeit im Bauche, diejenige seltene Kirrhose der Leber, welche man kleine, gelbe, gekörnte Leber oder granulirte Leber zu nennen pflegt, und die bisher nur bei Erwachsenen beobachtet worden. Baillie sagt von dieser Krankheit, dass sie fast niemals bei ganz jungen Personen, sondern häufig bei Personen mittleren und reiferen Alters angetroffen werde, besonders bei Branntweintrinkern, und sie ist häufiger bei Männern, als bei Frauen.

Baillie hat die Krankheit gut beschrieben, obwohl er sie Tuberkeln der Leber nannte. Die Beschreibung, die Baillie gab, stimmt so genau mit dem überein, was später über diese Krankheit bemerkt worden, dass wir kaum einer besseren Beschreibung bedürfen.

Die Leber des hier erwähnten Knaben war etwas kleiner als gewöhnlich, die Verkleinerung bezog sich besonders auf den linken Leberlappen. Die Oberfläche der Leber markirte sich durch eine grosse Anzahl erhabener Körnchen, zwischen denen die Hüllen der Leber trübe und verdickt erschienen; die Gallenblase war trübe und zusammengezogen, und enthielt sehr wenig Galle. Die Farbe der Leber war gelblich, von dunkler Pommeranzenfarbe; einige von den Granulationen waren so gross wie Haselnüsse, andere so gross wie Erbsen und viele nur so gross wie Hirsekörner. Alle diese Granulationen konnten mit dem Griffe des Messers sehr leicht ohne weiteren Schnitt herausgeschält werden; sie schienen nur durch Gefässe mit den übrigen Organen zusammenzuhängen. Schnitt man in die Leber ein, so fand

nun ein sehr dichtes, fibrös-zelliges Gewebe, welches das Organ in seinem normalen Zustande nicht darbietet. Laennec glaubte, dass das, was die Kirrhose der Leber konstituirt, ein durch Krankheit entwickeltes neues Gewebe sei, und dass dieses eigenthümliche Krankheitsprodukt deshalb in anderen Organen nicht gefunden werden könne. Andral glaubte, die Krankheit bestehe in Atrophie der angeblichen rothen Substanz der Leber, verbunden mit Hypertrophie der angeblichen gelben Substanz derselben. Neuere Untersuchungen scheinen indessen zu beweisen, dass die Granulationen der Leber bei der Kirrhose keine neu gebildete Textur sind, und dass auch keine Desorganisation vorhanden ist; denn die Durchschnitte der Granulationen zeigen unter dem Mikroskop dasselbe schwammige Ansehen, wie die Durchschnitte der gesunden Lebersubstanz, wo nur die einzelnen Körner von einer grösseren Menge von Galle durchdrungen sind. Bei der Kirrhose finden wir Bündel grosser Granulationen, andere ausserordentlich klein, und eine grosse Menge fibröser Textur, welche die Zwischenräume zwischen den Granulationen ausfüllt. — Cruveilhier ist der Meinung, dass die Kirrhose wesentlich in einer Atrophie der grösseren Anzahl von Granulationen bestehe, und dass die übrigen hypertrophisch werden, gleichsam den Mangel zu ersetzen. Erwähnen müsse er noch, sagt Hr. A., dass auch die Milz vergrössert gewesen sei, und er erinnere sich hierbei einer Bemerkung von Hrn. Todd, dass nämlich die Milz immer dann hypertrophisch sei, wenn die Leber atrophisch gefunden wird.

VI. Miszellen und Notizen.

Bericht über eine Masernepidemie, welche in dem Militärhospital von Groscaillou in Paris geherrscht und besonders Erwachsene ergriffen hat. Diese Masernepidemie war gutartig, aber sie war dadurch interessant, dass nur Erwachsene davon befallen worden sind; 93 Mann wurden davon ergriffen, jedoch starb keiner daran. Die Krankheit war zuerst in einem etwas entfernten Regimente ausgebrochen, dann im Monat April in das genannte Militärhospital verpflanzt worden und hat dort bis Mitte Juni geherrscht. Fast ¼ der Masernkranken hatte diese Krankheit schon in der Jugend gehabt; aber bei ihnen verlief dieser zweite Anfall nicht milder und

auch nicht ärger, als der erste Anfall bei den übrigen ¼; die Vorboten der Krankheit waren wie gewöhnlich; der Ausschlag stand 2—4—5 Tage und verschwand ohne merkliche Abschuppung. Bei Vielen kam noch ein anderer Ausschlag hinzu; bei zweien Scharlach; bei vielen Anderen die Variole, Varioloide oder Varizelle. Nur bei Wenigen war ein eingreifendes Verfahren nöthig.

Jodeinspritzungen bei einer sehr grossen Hydrokele eines 4 Monate alten Kindes bewirkte radikale Heilung. Obgleich die Hoden in den Hodensack hinabgestiegen waren, so war Hr. Trousseau, der das Kind behandelte, doch nicht sicher, ob der Zusammenhang des Scheidenkanals mit der Bauchfellhöhle vollkommen geschlossen sei. Deshalb entschloss er sich, nachdem er das Wasser abgelassen, eine sehr feste Pelotte auf den Bauchring zu legen, diesen, so fest wie möglich, zu verschliessen, und dann erst die Einspritzung vorzunehmen. Zur Einspritzung nahm er eine Mischung von 4 Skrupeln Jodtinktur in 10 Skrupeln Weingeist und eben so viel Wasser, und liess den Hodensack des Kindes fortwährend mit Kompressen umgeben, die mit dieser Mischung getränkt waren. Nach 8 Tagen trat eine merkliche Besserung ein, und nach 8 Wochen war das Kind vollständig geheilt. Hoffentlich wird die Heilung von Dauer sein.

Chlor innerlich gegen Scharlach wird von einigen englischen Aerzten sehr empfohlen; nur wird gewarnt, gleichzeitig Kalomel zu geben, weil dieses leicht in Sublimat umgewandelt werden könnte.

Blasenpflaster bei kleinen Kindern sind oft von sehr grossem Nachtheile, ja bisweilen tödtlich. Einem 4 Jahre alten Kinde, berichtet Dr. Wasten (in der *Lancet*), legte ein Weib ein Blasenpflaster in den Nacken und liess es 8 Stunden lang liegen. Es entstand ein sehr übeles Geschwür, das aller Bemühung ungeachtet nicht zum Heilen gebracht werden konnte, sondern durch die fortwährende Reizung und Jaucheabsonderung das Kind vollkommen erschöpfte, so dass es in einer Art von Marasmus starb. Man muss Blasenpflaster bei ganz kleinen Kindern vermeiden, überhaupt mit den sogenannten

kutanen Gegenreizen bei Kindern sehr sparsam umgehen. Will man ja ein Blasenpflaster anwenden, so muss man ein Stückchen Musselin zwischen Blasenpflaster und Haut legen und ersteres nur sehr kurze Zeit liegen lassen.

Einen Fall von Heilung der *Spina bifida* durch Ligatur findet man von Hrn. Moulia mitgetheilt in dem *Recueil des travaux de la Soc. médic. du dép. de l'Indre-et-Loire* (2. *Serie*, 4. *Trimestre* 1845). Der Tumor von der Grösse eines Eies sass am zweiten Lendenwirbel mittelst eines Stiels auf.

Periodischer Nachthusten der Kinder. Hr. Med.-Rath Dr. A. Th. Brück in Osnabrück hat den periodischen Nachthusten der Kinder, auf den Dr. Behrend, Mitherausgeber dieser Zeitschrift, zuerst aufmerksam gemacht hat, auch häufig beobachtet. Dieser Husten, der nach Hrn. Brück auch nicht ganz selten bei Erwachsenen vorkommt, ist er geneigt, für eine krampfhafte Modifikation des Katarrhalhustens zu halten. Er empfiehlt, das Dover'sche Pulver zu einigen Granen Kindern vor dem Schlafengehen zu geben. (Caspar's Wochenschrift, Juni 1846.)

In Bezug auf die Ursachen des Krup behauptet Hr. Dr. Hinschland in Essen (in der mediz. Zentralzeitung v. 6. Juni 1846), dass er nie ein Kind am Krup leiden gesehen, welches selbst oder dessen Eltern schwarzes Haar hatten. Rothe oder nussbraune Haare, meint Hr. H. weiter, disponiren am meisten, hellblondes und dunkelblondes Haar weniger dazu. Hr. H. wünscht zu wissen, ob diese seine Erfahrung begründet sei. Wir können ihm versichern, dass er sich *irrt*; Hr. H. kann sich von seinem Irrthume überzeugen, wenn er die Kinderkliniken in Paris besucht, wo er meist dunkelhaarige und brünette Kinder am Krup wird leiden sehen. — In Schweden und England werden mehr rothhaarige Kinder daran leiden, weil es dort überhaupt mehr Rothhaarige giebt, als sonst wo in der Welt.

Jeden Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VII.] BERLIN, AUGUST 1846. [HEFT 2.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Versuch einer ausführlichen diagnostischen Würdigung der einzelnen Symptome in der entzündlichen Hirnwassersucht der Kinder, von Dr. J. Bierbaum, prakt. Arzte zu Dorsten.

Zweiter Artikel. (Schluss, s. voriges Heft S. 21.)

Ueber den diagnostischen Werth der einzelnen Symptome dieses Hirnleidens im ersten Stadium, in dem der Vorboten.

III. Unterleibssymptome.

a) Zunge, Durst, Esslust und Erbrechen. Die Zunge ist meistens rein, oder weisslich, selten gelblich belegt, und bei schleichendem Eintreten der Krankheit feucht. Besteht aber gleichzeitig Gastricismus, so ist der Beleg stärker. Eine genaue Untersuchung der Zunge, die die eigensinnigen Kinder leider nicht immer gern erlauben, ist zur richtigen Beurtheilung des Erbrechens nöthig. Auch giebt sie uns näheren Aufschluss, um nicht allein das in Rede stehende Hirnleiden von der hydrokephalus-artigen Krankheit aus gastrischer Reizung, sondern auch von entzündlichen Affektionen der Verdauungsorgane unterscheiden zu können. Diese letzteren sind diesem Hirnleiden äusserst ähnlich, und führen leicht in der Diagnose irre. Das Kriterium, die Zunge sei in der entzündlichen Hirnwassersucht der Kinder rein, dagegen in den entzündlichen Leiden der Digestionsorgane verändert, ist nicht haltbar. Ich habe die Zunge bei gastro-enteritischem Zustande, der mit dem fraglichen Hirnleiden komplizirt war, ganz rein und roth gesehen, während Andere sie bei dieser Verbindung auch belegt fanden.

Durst stellt sich bei stürmischem Auftreten der Krankheit gleich ein, und er ist oft stark; bei schleichendem Verlaufe dagegen fehlt er

anfangs und tritt erst später ein. Jedoch trinken die Kinder meistens nur wenig auf einmal. Dieses Symptom hat einen untergeordneten Werth.

Die Esslust vermindert sich, nur haben die Kinder in günstigen Momenten zuweilen grosse Begierde, Speisen zu geniessen. Kommt man nun ihrem Wunsche nach, so fangen sie zwar mit einer Art von Hastigkeit zu essen an, sind aber gleich befriedigt und fühlen sich beschwert. Einen solchen Appetit kann man mit Recht, wie Wolff sagt, kapriziös nennen. Säuglinge nehmen aber, wenn sie auch die Speisen verschmähen, doch noch gern die Brust.

Die Digestionsstörungen sind in diagnostischer Beziehung insofern allerdings sehr bedeutungsvoll, als sie selbst bei reiner oder nur wenig belegter Zunge oft schon längere Zeit dem Ausbruche dieses Hirnleidens vorhergehen, ehe sich noch die Hirnsymptome äussern. Gesellen sich daher zu dieser Affektion des Verdauungssystemes Kopfschmerz, Schwindel, Verstimmung der Psyche, auffallende Veränderung der Physiognomie, Erbrechen, Stuhlverstopfung und sparsame Urinausleerung, so treffe man frühzeitig zweckmässige Vorkehrungen gegen den tückischen Feind, damit er nicht schnell in aller seiner Stärke auftrete und dann unsere Bemühungen vereitle.

Das Erbrechen erfolgt bald seltener, bald häufiger, und tritt entweder nach dem Genusse von Speisen und Getränken, oder aber beim Aufnehmen der Kinder aus der Wiege und bei anderen unvorsichtigen Bewegungen des Kopfes ein. Doch erscheint es auch nicht selten in ruhiger Lage und auf spontane Weise. Das Ausgebrochene selbst besteht aus dem Mageninhalte, oder aus schleimigen und galligen Massen, die manchmal ein grasgrünes Aussehen haben. Zuweilen ist nur Ekel, Uebelsein und Neigung zum Erbrechen vorhanden. Dies giebt sich durch eine gewisse Unruhe der Kinder, durch Hüsteln und Ausstrecken der Zunge, die sich durch das Aufsteigen der Seitenränder kahnförmig gestaltet, deutlich zu erkennen. Auch verräth es sich dadurch, dass die Kinder fast anhaltend etwas niederschlucken, als wenn vom Magen aus eine Masse aufwärts stiege. Man verwechsele dieses Niederschlucken ja nicht mit anginösen Beschwerden.

Das Erbrechen gehört zu den wichtigsten und konstantesten Symptomen, und verdient um so grössere Beachtung, als es mit der grossen Torpidität des Darmkanals im grellsten Kontraste steht, und bald äusserst häufig eintritt, bald wieder einen ganzen Tag aussetzt. Fehlt es auch in den ersteren Tagen der Krankheit, wie ich dies in einzel-

nen Fällen beobachtete, so stellt es sich doch später zuverlässig ein. Das Erbrechen war nach meinen Beobachtungen immer vorhanden, in einzelnen wenigen Fällen trat es aber nur ein einziges Mal ein, wie ich dies noch augenblicklich bei einem 18 Monate alten schwächlichen Mädchen beobachtete [1]). Whytt will es aber in zwei Fällen nicht gesehen haben. Schweninger theilt auch einen Fall mit, der mit Schlafsucht begann, ohne dass während des Verlaufes der Krankheit Erbrechen und Kopfweh eintraten. Man fand dennoch nach dem Tode Bildung von Tuberkularsubstanz, Erweichung und serösen Erguss in den Ventrikeln. Solche Fälle sind indessen höchst selten. Man hat zwar behauptet, dass bei sehr rascher Massenbildung kein Erbrechen eintrete, indem sogleich Lähmung durch Druck erfolge; allein dies stimmt mit der Erfahrung nicht ganz überein, da selbst im *Hydrocephalus acutissimus* Erbrechen vorkommt. Das Erbrechen ist oft schon vorhanden, ehe noch das Allgemeinbefinden besonders getrübt ist. Je anhaltender aber das Erbrechen ist, desto heftiger ist das Hirnleiden, und desto verborgener sind oft die übrigen Erscheinungen dieser Krankheit. Man beurtheile es daher sehr umsichtsvoll, und erforsche genau, ob gleichzeitig Kopfschmerz, Kongestionen gegen den Kopf, Schlummersucht, Stuhlverstopfung, verminderte Urinsekretion und andere wichtige Symptome vorhanden sind, damit man nicht verleitet

---

1) Dieses Kind, bei welchem die gastrischen Erscheinungen längere Zeit prävalirten und die Cerebralsymptome in den Hintergrund drängten, litt zugleich an einem Bildungsfehler im weichen Gaumen, der um so grösseres Interesse erregte, da er sich schon bei einem anderen Kinde derselben Familie vorfand. Der Mutter war es bei dem ersten Kinde gleich auffallend, dass es zwar die Brustwarze begierig nahm, aber doch nicht recht saugen wollte, und beim Schlucken einen eigenthümlichen Ton wahrnehmen liess. Bei näherer Untersuchung fand ich die Zunge normal und das *Frenulum linguae* weder zu kurz noch zu lang. Auch die Lippen und der harte Gaumen, sowie die ganze Mundhöhle, zeigten keine Abnormität. Drückte man aber die Zunge tief nieder, so sah man den weichen Gaumen ganz geschlossen bis auf eine ovale, senkrecht stehende Oeffnung in der Mitte desselben. Von der Uvula bemerkte man indessen keine Spur (General-Sanitäts-Bericht von Westphalen, 1839, S. 114). Dieses Kind, das, sowie auch das andere, aufgefüttert werden musste, ist jetzt 6 Jahre alt und kräftig genährt, hat aber eine so undeutliche Sprache, dass nur seine nächste Umgebung es verstehen kann. Die einzelnen Buchstaben spricht der Knabe zwar ziemlich deutlich aus, nicht aber so die einzelnen Sylben und Wörter. Denselben angebornen Fehler des weichen Gaumens hatte auch jenes 18 Monate alte Mädchen. Der Vater hat ein normales Sprachorgan, die Mutter aber spricht nicht deutlich und in einem mehr abgebrochenen Tone. Die vier ersten Kinder dieser Familie sind frei von allen Bildungsfehlern im Sprachorgane, doch hat eines derselben auch eine abgebrochene Sprache, das fünfte leidet an jenem oben beschriebenen Fehler, das sechste ist frei und das siebente hat wieder den erwähnten Bildungsfehler, während das achte Kind von demselben frei ist.

werde, den Sitz der Krankheit anderswo, als im Gehirne zu suchen. Bei Säuglingen, die auf jede kleine Veranlassung brechen, darf man auf dieses Zeichen allein nicht zu viel Gewicht legen, sondern muss man um desto sorgfältiger alle anderen Umstände prüfen.

Um nun die Natur des Erbrechens, das auch in so vielen anderen Krankheiten vorkommt, richtig beurtheilen zu können, hat man verschiedene Wege eingeschlagen. Wolff glaubt, der eigenthümliche, in einzelnen Schlägen schleppende, aussetzende Puls sei ein sicheres Kriterium, wenn man aus der Zunge keinen näheren Aufschluss herholen könne. In Verbindung mit den anderen Erscheinungen soll dieser eigenthümliche Puls untrüglich sein, während die anderen Symptome ohne diesen Puls auch bei gastrischen Störungen vorkämen. Allein der Puls dürfte wohl kein sicherer Anhaltspunkt sein, da er einmal nicht immer eine solche Beschaffenheit hat, und dann auch, namentlich bei Säuglingen, leicht trügt. Coindet will in der Unwirksamkeit grosser Gaben von Brechweinstein ein Mittel gefunden haben, um diese Krankheit zu erkennen. Das Unwirksambleiben doppelter, ja dreifacher Dosen des *Tartarus stibiatus* in der ersteren Periode dieses Hirnleidens, besonders in der idiopathischen Form, ist nach seiner Meinung trotz des beständigen Ekels der Kranken und ihrer Neigung zum Erbrechen ein ziemlich gewisses Zeichen und Hülfsmittel zur Erkennung des wirklichen Uebels. So hoch man aber auch die Verdienste Coindet's um die nähere Aufklärung dieses Hirnleidens schätzen muss, so muss man doch frei gestehen, dass diese Methode, um sich von der Natur des Erbrechens zu vergewissern, ganz verwerflich, höchst schädlich und selbst gefährlich ist. Ich habe gesehen, dass selbst kleinere Gaben von *Vinum stibiatum* das Uebelsein und Erbrechen schon bedeutend steigerten, und bin seitdem von diesem Mittel gänzlich abgestanden. Zugleich ist bei Komplikation dieses Hirnleidens mit Gastro-Enteritis der Gebrauch des *Tartarus stibiatus* geradezu kontraindizirt. Am richtigsten wird man die Natur des Erbrechens beurtheilen können, wenn man folgende Momente berücksichtigt. Das Erbrechen tritt in diesem Hirnleiden seltener in der ruhigen Lage der Kinder ein, leicht aber beim Aufnehmen und Aufrichten derselben und bei Bewegungen und Erschütterungen des Kopfes. Jedoch stillt es sich leicht wieder, wenn die Kinder eine horizontale Lage annehmen. Auch brechen sie im Allgemeinen seltener nach festen Speisen, als nach Getränken, fühlen sich aber nach der Ausleerung nicht erleichtert. Die Zunge ist zugleich gewöhnlich rein oder nur mit einem leichten weisslichen Schleime be-

legt, und deutet weder auf einen gastrischen Reiz, noch auf ein entzündliches Leiden der Digestionsorgane hin. Auch besteht kein bitterer Geschmack, keine Auftreibung der Präkordien und keine Empfindlichkeit des Unterleibs. Das Erbrechen erfolgt auch ohne alle grosse Anstrengung. Tritt bald nach demselben eine Stuhlausleerung ein, so ist wahrscheinlich ein krankhafter Zustand des Darmkanals vorhanden. Wenn aber die Stuhlausleerung fehlt, wenn nicht einmal Flatus abgehen, und der Unterleib mehr oder weniger kollabirt ist, dann sei man auf dieses Hirnleiden bedacht.

Gehirn und Magen stehen in einem ganz innigen Konsensus. Dies ist eine Thatsache, die Jeder kennt. Fragen wir aber nach der Ursache dieser Mitleidenschaft, so müssen wir offen gestehen, dass wir den Grund, worauf dieser Konsensus beruht, schwerlich erklären können. Budge sucht die antiperistaltische Bewegung des Magens durch eine Reizung des rechten Sehhügels und gestreiften Körpers zu erklären, die von diesen Stellen auf das Rückenmark und den Magen zentrifugal gehe. Auf diese Hirntheile sollen Kongestionen oder ein mässiges Exsudat reizend einwirken. Andere leiten von einer entzündlichen Anschwellung des Gehirns, die Druck verursache, das Erbrechen in den früheren Perioden dieser Krankheit her. Diese Ansicht scheint aber nicht vollkommen begründet zu sein, da auch dann Erbrechen eintritt, wo alle Zeichen eines derartigen Druckes fehlen. Auch steht das Erbrechen nicht immer im Verhältnisse mit dem Grade der Entzündung. Bennett endlich nimmt eine örtliche Reizung an der Ursprungsstelle des *Par vagum* und einen Lympherguss an der Basis des Gehirns und rings um das verlängerte Mark an, und glaubt durch eine Irritation dieser Theile das Erbrechen am genügendsten erklären zu können.

b) Bauch, Stuhl und Urin. Der Bauch verliert seinen Umfang, fällt mehr oder weniger zusammen und flacht sich ab. Diese Veränderung tritt zwar im weiteren Verlaufe der Krankheit deutlicher hervor, ist aber auch schon in dieser Periode, selbst an dem krötenartig ausgedehnten Unterleibe skrophulöser Kinder, bemerkbar. Jedoch habe ich einzelne wenige Fälle beobachtet, wo das Volumen des Bauches kaum vermindert schien, niemals aber konnte ich finden, dass der Unterleib stärker aufgetrieben war, als dies im Cerebral- und Abdominaltyphus vorkommt. Uebrigens fühlt sich derselbe weich an, und zeigt zuweilen in der epigastrischen Gegend eine erhöhte Temperatur. Die Bauchdecken scheinen manchmal empfindlich zu sein. Ob aber

wirklich eine krankhaft gesteigerte Sensibilität bestehe, dürfte wohl aus den bereits oben entwickelten Gründen bezweifelt werden. Die Schmerzen im Unterleibe selbst, die periodisch eintreten und leicht in der Diagnose irre führen können, gehen meistens schnell vorüber und haben keinen bestimmten Sitz. Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Helminthiasis wird gewöhnlich die Nabelgegend angegeben.

Der Kollapsus des Bauches ist aber als eine fast konstante Erscheinung von hoher Wichtigkeit, und um so mehr zu beachten, als hiemit andere Symptome kontrastiren. So dürfte man bei der Stuhlverhaltung und der sparsamen Urinausleerung eher eine Zunahme als Verminderung des Bauchumfangs erwarten, und doch findet gerade das Gegentheil statt.

Der Stuhl ist immer träge und durch gewöhnliche Gaben von Abführmitteln kaum zu erzwingen. Durchfall habe ich niemals beobachtet, vielmehr immer gesehen, dass derselbe, wenn er früher vorhanden war, beim Ausbruche dieses Hirnleidens aufhörte und einer hartnäckigen Verstopfung wich. In den Fällen, wo man Durchfall beobachtet haben will, möchte wohl eine Verwechselung dieses Hirnleidens mit der hydrokephalusartigen Krankheit aus Erschöpfung stattgefunden haben, oder aber war eine Komplikation vorhanden, wie z. B. die mit Magenerweichung oder Gastro-Enteritis. Säuglinge sollen in der Regel von Anfang bis zu Ende der Krankheit abführen, und grüne, schleimige und übelriechende Stühle haben. Wenn ich auch dieser Behauptung nicht beitrete, so muss ich doch bemerken, dass Säuglinge manchmal nicht allein nicht verstopft sind, sondern selbst mehrere Stühle innerhalb 24 Stunden haben, die bald grasgrün, bald bräunlich sind und eine grünliche Beimischung zeigen, wenn auch noch kein Kalomel angewendet ist. Mitunter treten aber symptomatische Diarrhöen ein, die nicht erleichtern. Was die Beschaffenheit der Exkremente angeht, so findet man dieselben bald grün oder grüngelblich, bald zähe, thonig, lehmartig, selten theerartig, bald glänzend oder mit einer glänzenden, öligen Galle statt des Schleimes überzogen. Auch habe ich sie, ungeachtet eines schon mehrtägigen Gebrauches von Kalomel, grau und gelblich und von breiartiger Konsistenz gesehen. Die ersteren Ausleerungen verbreiten meistens einen sehr übeln Geruch und enthalten oft Ueberreste halbverdaueter Speisen und auch wohl Würmer. Mitunter gehen auch viele Flatus ab.

Man hat meiner Meinung nach viel zu grosses Gewicht auf die vermeintlich eigenthümliche Beschaffenheit der Stühle und auf ihre

Farbe und Konsistenz gelegt. Die Stuhlverstopfung als solche ist nur in diagnostischer Hinsicht wichtig, und hat einen um so grösseren Werth, wenn sie einer vorausgegangenen Diarrhoe weicht, und zugleich mit kephalischen Symptomen verbunden ist. Sie ist zwar diesem Hirnleiden nicht allein eigen, und kommt in fast allen entzündlichen fieberhaften Krankheiten vor, wenn sie auch ausserhalb der Sphäre des Unterleibs liegen; aber in diesen Affektionen fehlen dann die begleitenden Hirnsymptome.

Sowie der Darmkanal, sinkt auch die Uropoese in einen Zustand von Torpidität. Die Urinausleerung ist daher stets vermindert, die Krankheit mag unter der inflammatorischen oder nervös-entzündlichen Form auftreten, und gestaltet sich nicht selten so äusserst sparsam, dass die in 24 Stunden gelassene Menge Harn kaum eine einzige Unze beträgt. Dieses Symptom ist von grossem diagnostischen Werthe. Die Beschaffenheit des Urins aber ist nach meinen Beobachtungen nicht in allen Fällen gleich, sondern oft ganz verschieden. So war der Urin bald röthlich, bald hell und klar, bald strohgelb oder blassgelblich und bildete kein Sediment, bald aber trübe, molkicht oder bläulichweiss und machte einen weissgelblichen, flockigen Bodensatz, während die über demselben stehende Flüssigkeit eine weingelbe Farbe und zuweilen ein schillerndes Häutchen zeigte. Bei einem kleinen Mädchen, das den ganzen Tag über nur eine sehr geringe Quantität Urin liess, war derselbe weissgelblich und bildete ein schwefelgelbes Sediment. Am folgenden Tage hatte der Urin eine weissliche Farbe und machte nach einer Weile einen flockigen Niederschlag. Ein 1½jähriger Knabe, der zugleich an Keuchhusten litt, machte ebenfalls im ganzen Laufe des Tages kaum einen Esslöffel voll Urin. Dieser sah milchweiss aus und enthielt kleine, helle, glänzende Partikeln als Bodensatz. Nachdem er aber die Nacht über gestanden hatte, bemerkte man ein weissliches Sediment, und die übrige Flüssigkeit war hell, klar und strohgelblich. Bei einem 9 Monate alten Kinde machte der schwach weingelbe Urin, in welchem anfangs kleine Partikeln schwammen, einen weisslichen, matt gelblichen Niederschlag. Das oben stehende Fluidum war trübe und hatte eine milchähnliche Farbe. Zugleich zeigte der Urin auf der Oberfläche ein schillerndes Häutchen, und das Glas war, so weit die Flüssigkeit reichte, angelaufen. Der Urin eines 5jährigen Mädchens war blass und trübe, und bildete nach mehrstündigem Stehen ein schleimartiges Sediment, während der übrige Harn das blasse, trübe Ansehen in etwas verlor. Bei einem Knaben war der Urin den einen

Tag jumentös und bildete einen Bodensatz, am folgenden Tage aber hell und klar, und später wieder gelblich trübe. In allen Fällen konnte ich immer nur einen schwachen ammoniakalischen Geruch am Urin bemerken. Sundelin will aber einen strengen, dem Katzenharn ähnlichen Geruch beobachtet haben, und hält denselben mit Unrecht für charakteristisch.

Aus diesen Beobachtungen, denen ich leicht noch mehrere andere hinzufügen könnte, geht zur Genüge hervor, dass die Beschaffenheit des Urins in diesem Hirnleiden einem grossen Wechsel unterworfen ist. Das trübe, molkenartige Aussehen des Urins, die glänzenden, im Harn schwebenden Krystalle, das auf der Oberfläche desselben befindliche, bunt schillernde Häutchen und der weisse, kreideartige oder mehlähnliche Bodensatz, der beim Umschütteln den Urin milchig, gelbweiss oder bläulichweiss macht, sind zwar höchst beachtenswerthe Symptome, keinesweges aber konstant. Odier, Formey u. A. gehen daher wohl zu weit, wenn sie behaupten, dass eine solche Beschaffenheit des Urins das zuverlässigste und untrüglichste diagnostische Zeichen sei, welches den Eintritt dieses Hirnleidens bekunde. Die Diagnose wird allerdings bei dem Vorhandensein eines so eigenthümlichen Urins mehr gesichert und bekräftigt, aber durch die Abwesenheit dieser Eigenschaften keinesweges getrübt. Die oben angeführten Attribute des Harns sollen auf derselben chemischen Beschaffenheit beruhen. Man behauptet auch, diese Beschaffenheit bestehe nicht in einem Uebermaasse von Harnstoff, sondern in dem Vorhandensein des Tripelsalzes von phosphorsaurer Magnesia und Ammonium. Eben so betrachtet man den Urin, der einen solchen Niederschlag zeigt, im Allgemeinen als Zeichen eines asthenischen Zustandes der Konstitution, und hält das rothe Sediment für ein Zeichen der sthenischen Diathese. Jenes Tripelsalz soll sich auch nach mechanischen Verletzungen des Rückenmarks und bei organischen Leiden desselben, wie bei Erweichung und *Tabes dorsalis,* vorfinden. Wäre aber diese Behauptung, welche im grellsten Widerspruche mit der noch immer vorherrschenden Ansicht über das Wesen des fraglichen Hirnleidens steht, wirklich begründet, so müsste an die Stelle der üblichen antiphlogistischen Heilart die roborirende Methode treten. Ich will zwar der strengen entzündungswidrigen Behandlungsweise in der schleichenden Form dieses Hirnleidens keinesweges das Wort reden, muss aber doch bemerken, dass das stärkende Verfahren, wofern man es auch auf die inflammatorische Form der Krankheit angewendet wissen will, nur den grössten Nach-

theil bringt. Auch muss ich noch hinzufügen, dass die oben angegebenen Veränderungen des Urins nicht immer bei schwächlichen, sondern auch bei starken und gut genährten Kindern, die keine Spur von Skropheln an sich trugen, vorkamen.

Eine ähnliche Beschaffenheit des Urins findet man zwar auch in manchen anderen Krankheiten, aber man vermisst hier dann die anderen charakteristischen Symptome dieses Hirnleidens. Das eigenthümliche, bunt schillernde Häutchen beobachtet man oft in asthenischen, schleichenden und hektischen Fiebern. Bei einem 11 Monate alten atrophischen Mädchen war der Urin trübe, weisslich, bildete aber keinen Bodensatz. Einen milchigen Urin sieht man bei Intestinalwürmern und bei sogenannten Wurmfiebern, sowie bei topischen Destruktionen und Eiterungen der Nieren und Blase. Bei einer traumatischen Urinverhaltung [1]), die den Blasenstich erforderte, fand ich den zuerst ausfliessenden Urin farblos und ohne Sediment, während der zuletzt im eigentlichen Sinne des Wortes hervorsprudelnde trübe und von dicklicher Konsistenz war. Dieser Harn liess nach einer kleinen Weile eine schlammige, kreidenfarbige Masse fallen, und bildete mit dem zuerst gelassenen Urin vermischt ein weissliches trübes Fluidum. Später aber gestaltete sich der letztere Erguss als eine eiterartige, äusserst stinkende Masse.

Indessen ist, mit Ausnahme des hydropischen Krankheitsprozesses und der Anurie, wohl in keiner anderen Krankheit die Uropoese so auffallend gestört, als gerade in diesem Hirnleiden. Die verminderte Quantität, die auch selbst dann verhältnissmässig klein ausfällt, wenn der Harn selten ausgeleert wird, ist charakteristischer, als die alienirte Beschaffenheit des Urins, indem diese oft vermisst wird, während die auffallend sparsame Harnabsonderung nie fehlt. Der Werth dieses Symptomes erhöht sich um so mehr, wenn gleichzeitig Kopfschmerz, Schlummersucht, Erbrechen und Stuhlverstopfung vorhanden sind.

IV. Fiebersymptome.

a) Fieber und Puls. Das Allgemeinbefinden ist in der schleichenden Form dieser Krankheit zwar schon sehr angegriffen, allein eigentliches Fieber kaum vorhanden. Tritt aber dieses Hirnleiden unter der inflammatorischen Form auf, dann fehlt auch das Fieber

---

1) Med. Zeit. vom Vereine für Heilkunde in Preussen, Jahrg. IX. No. 38. S. 183 u. 184.

nicht, und geht Frösteln oder mehr oder minder heftiger Frost vorher. Die Temperatur der Haut ist erhöht, der Kopf heiss, das Gesicht roth, der Blutandrang gegen das Gehirn stark und der Durst vermehrt. Es mag übrigens Fieber vorhanden sein oder nicht, gegen Abend scheinen sich die Kinder unwohler zu befinden, als in den Morgenstunden, wo man eine mehr oder weniger deutliche Remission der Zufälle wahrnimmt. Indessen darf man aus einem solchen Nachlass doch wohl nicht, wie Odier glaubt, auf eine Komplikation schliessen. In den Fällen, wo man ein völliges Intermittiren der Symptome beobachtet haben will, ist ohne Zweifel dieses Hirnleiden mit einem perniziösen Wechselfieber, das grosse Aehnlichkeit mit demselben hat, verwechselt worden.

Auf die verschiedene Beschaffenheit des Pulses hat man seit der Zeit, wo uns Whytt zuerst mit dieser Hirnkrankheit bekannt machte, grosses Gewicht gelegt, und sogar die Eintheilung derselben in drei Stadien begründet. Man setzte als Norm fest, dass der Puls in der ersten Periode frequent, meistens hart, selten aber voll sei, in der zweiten dagegen schwach und so langsam, dass er selbst auf 45—40 Schläge in der Minúte herabsinke, und endlich in der dritten Periode wieder frequent werde, ja frequenter als im ersten Stadium, und 140—160 Schläge in der Minute mache, dabei aber unregelmässig, schwach und aussetzend sei. Diese Bestimmungen haben aber keine allgemeine Gültigkeit, und geben kein sicheres Eintheilungsprinzip ab. Zur richtigen Beurtheilung des Pulses muss man vorzugsweise folgende Momente berücksichtigen: 1) Das Alter des Kindes. Während der Puls in den ersteren Monaten nach der Geburt naturgemäss sehr beschleunigt ist, und in der Minute 110—120 Schläge macht, reduzirt er sich im zweiten Lebensjahre etwa auf 90—100 und im sechsten Jahre auf 70—90 Schläge. Diese relative Frequenz ist beachtenswerth, indem auch selbst in einer und derselben Minute, wenn man sie in vier Viertheile theilt, eine Verschiedenheit stattfindet. 2) Ob das Kind sich in einem wachen und ruhigen, oder aber in einem schlafenden und aufgeregten Zustande befindet. 3) Ob gerade die Momente des Träumens, Schielens oder Starrens, und ob Konvulsionen vorhanden sind oder nicht. 4) Ob endlich die Krankheit unter der inflammatorischen oder schleichenden Form auftritt. Durch diese und ähnliche Verhältnisse wird die Beschaffenheit des Pulses wesentlich verändert. Während der Puls daher in jener Form beschleunigt, mässig gross und voll oder härtlich und gespannt ist, weicht er in dieser oft kaum von der nor-

malen Frequenz ab. Fühlt man indessen mit Aufmerksamkeit zu, so findet man, dass der Puls in einzelnen Schlägen schwächer, träger und schleppender ist, oder dass auch wohl der eine oder andere Schlag ganz ausfällt. Höchst selten dauert aber diese Beschaffenheit des Pulses an, meistens ist sie nur vorhanden in den flüchtigen Momenten des Starrens, Schielens und der Betäubung oder während der Träume. Bei einem Kinde war der Puls während der Schlummersucht beschleunigt, machte aber in einzelnen Schlägen unter dem Finger so eigenthümliche Bewegungen, als wollte er wegkriechen. Ein anderes 5/4 Jahre altes Kind liess plötzlich die Brust fahren und warf auf mich einen stieren Blick. Die Pupillen erweiterten sich nun und schienen keine Empfindlichkeit zu verrathen, da ich die Hand über die Augen frei hin und her bewegen konnte, ohne dass sie sich schlossen. In diesem Momente des Starrens war der Puls auffallend langsam, kaum 60 Schläge in der Minute machend, und intermittirend, nach einer kurzen Pause aber wieder beschleunigt und regelmässig. Ein solcher eigenthümlicher Puls, wenn gleich kein untrügliches Zeichen, ist immer in diagnostischer Hinsicht sehr wichtig, und kann füglich mit den von Zeit zu Zeit eintretenden seufzerartigen Athemzügen verglichen werden. Jedoch ist dieser Puls keinesweges dem in Rede stehenden Hirnleiden ausschliesslich eigenthümlich. Man findet einen ähnlichen Puls auch in der Helminthiasis, und selbst bei gesunden Kindern ist er während des Schlafes zuweilen aussetzend, schleppend und doppelschlägig, oder sind die einzelnen Schläge nicht strenge geschieden, sondern laufen auch wohl in einander über.

b) Haut, Ausschlag, Lage, Gang, Bewegung und Schmerz der Glieder, Abmagerung. In der inflammatorischen Form ist die Temperatur der Haut erhöht, in der schleichenden dagegen fühlt sich meistens nur der Kopf während der Fieberanfälle wärmer an, während in beiden Fällen die Extremitäten oft kalt sind. Hitze wechselt zuweilen mit Frösteln und Schaudern. Die Haut selbst ist schlaff, trocken und fast ohne Ausdünstung, selten aber mit Schweiss bedeckt. Bei Komplikation mit Keuchhusten wird in Folge der konvulsivischen Hustenanfälle Schweiss, besonders am Kopfe, hervorgerufen. Rüfz will die Haut in allen von ihm beobachteten Fällen während des ganzen Verlaufes der Krankheit feucht und in ihrem Ansehen normal beschaffen und ihre Empfindlichkeit krankhaft gesteigert gefunden haben. Diese Behauptung widerspricht aber der Erfahrung.

Es ist indessen eine merkwürdige Erscheinung, dass die gewöhn-

lichen chronischen Exantheme beim Eintreten dieses Hirnleidens von der Hautoberfläche verschwinden, gerade als wenn die Natur durch das Zurücktreten des bestehenden Ausschlages eine Keimstelle für das Aufblühen eines anderen Exanthems gewinnen wollte. Dieser neue Ausschlag, auf den Formey zuerst aufmerksam machte und grosses Gewicht legte, kommt aber in dieser Periode noch selten vor, mag indess zuweilen auch wohl übersehen werden. Es ist eine Art Strophulus, der mit dem Zahnausschlag kleiner Kinder Aehnlichkeit hat, und sich als ein kleiner, feiner, trockener, frieselartiger Ausschlag charakterisirt. Er erscheint im Gesichte, am Halse, auf der Brust und auf den Armen in kleinerer oder grösserer Menge, verändert die Farbe der Oberhaut aber nicht und hat seinen Sitz zwischen Haut und Fleisch. Dieses Exanthem fehlt nicht selten und kommt auch in manchen anderen fieberhaften Kinderkrankheiten vor. Ob diese Effloreszenz der Haut immer auf eine Steigerung der Reproduktion hindeutet, und ein Heilverfahren der Natur ist, um das Ueberflüssige und Schädliche aus den inneren Theilen auf der Oberfläche des Körpers abzulagern, lassen wir dahingestellt.

Die Lage hat in dieser Periode noch nichts Charakteristisches und soll daher erst später näher gewürdigt werden. Die Kinder halten sich noch wenig im Bett auf, und wollen bald auf den Arm genommen und umhergetragen sein, bald wieder in der Wiege liegen. Sie geben durch diesen Wechsel eine gewisse Unruhe und Unbehaglichkeit zu erkennen.

Eine bedeutungsvollere Veränderung bietet aber schon jetzt der Gang dar. Die feste Haltung des Körpers verliert sich, und die Muskelkraft scheint geschwächt. Die Kinder wollen daher nicht gern allein und ohne Unterstützung gehen, sondern lieber an der Hand der Mutter geführt sein. Der Gang ist aber unsicher, schwankend und holperig, wie der eines Angetrunkenen. Die Kinder straucheln leicht, selbst auf ebenem Boden, und heben zuweilen einen Fuss höher als den anderen. Dieser eigenthümliche Gang, wenn gleich er auch im *Hydrocephalus chronicus* vorkommt, ist in diagnostischer Hinsicht wichtig.

Aeltere Kinder klagen über vage Schmerzen, die bald im Nacken, bald in den Waden oder in den Fusssohlen ihren Sitz haben, während jüngere dieselben durch plötzliches Weinen und Greifen nach dem Kopfe oder irgend einer anderen Stelle andeuten. Auch treten vorübergehende Schmerzen im Leibe ein, wie dies schon gesagt worden. Die Gliederschmerzen, sowie der strauchelnde, holperige Gang, sollen in gewissen

krankhaften Veränderungen im kleinen Gehirn, an dem verlängerten Mark oder an anderen Stellen des Gehirns und Rückenmarks begründet sein.

Die Abmagerung wird erst bei weiterem Vorrücken der Krankheit recht sichtbar, und ist ein Zeichen von untergeordnetem Werthe, das auch in so vielen anderen Krankheiten vorkommt.

Ueber die Pocken in Calcutta und die Vakzination in Bengalen vom Jahre 1827 bis 1844.

(Aus den Berichten des Dr. Duncan Stewart zu Calcutta.)

Obgleich Hautkrankheiten unter den Eingeborenen in Ostindien sehr häufig vorkommen und zu den lästigsten Affektionen gehören, so sind sie doch von den Aerzten, die über die Krankheiten jener Länder geschrieben haben, nur einer geringen Aufmerksamkeit gewürdigt worden, was wohl darin seinen Grund haben mag, dass die englischen Aerzte nur selten mit den unteren Klassen des Volkes in Berührung kommen. Mit geringen Ausnahmen bekommen die Militärärzte in Indien die Eingeborenen als Kranke nur in den Militär- oder Gefängniss-Lazarethen in Behandlung. In Calcutta ist blos einigen Aerzten der Zutritt zu den Häusern und Familien einiger reichen, den höheren Ständen angehörenden Hindu's gestattet, und eine sehr geringe Anzahl derer, die in den Krankenhäusern angestellt sind, hat Gelegenheit, die unter den Armen herrschenden Krankheiten kennen zu lernen. Denn mit Ausnahme der plötzlich Erkrankten oder an der Cholera Leidenden werden keine Kranken in diese Anstalten aufgenommen, und die Hunderte, die täglich sich dort Rath erholen und Arzneimittel erhalten, sind alle zu arm, um die Kosten dafür öfter oder regelmässig aufzubringen; überdies sind viele bei gefährlichen Krankheiten nicht im Stande, sich dorthin zu begeben. Daraus lässt es sich dann wohl auch erklären, dass unter den vielen tausend Kranken, die in den verschiedenen Krankenanstalten Calcutta's Rath und Mittel erhalten, vom 1. Januar bis 1. Juli kein einziger Fall von Pocken vorgekommen ist, während die Strassen täglich mit Leichenzügen bedeckt sind und der Rauch der Scheiterhaufen an den Ufern des Flusses, auf denen die Todten verbrannt werden, die reine Morgenluft seit mehreren Monaten in Nebel hüllt.

Wiewohl nun aber die Pocken in den Hospitälern nicht vorkommen, so werden doch ihre furchtbaren Nachkrankheiten häufig beobachtet. Von 280 Kranken, die täglich im Park-street-Hospitale behandelt werden, leiden im Durchschnitt 12, besonders Kinder daran.

Die letzte Epidemie im Jahre $18\frac{42}{43}$ begann im November, in welchem Monate 14 Individuen daran starben. Die Zahl der Todesfälle stieg im Dezember auf 58, im Januar auf 157, im Februar auf 455, im März auf 963 und mehrere Europäer fielen als Opfer derselben. Es wurden kleine Hospitäler zur Aufnahme der Kranken in verschiedenen Theilen der Stadt errichtet, Leute zum Einimpfen der Kuhpocken eigends angestellt und Bekanntmachungen in die Zeitungen eingerückt, in welchen denjenigen Eltern Belohnungen versprochen wurden, deren Kinder mit genügenden Vakzinenarben versehen wären. Die Hospitäler blieben jedoch unbesetzt und wurden nach sechswöchentlichem fruchtlosen Versuche geschlossen. Die Zahl der Aufgenommenen belief sich nur auf 69 aus den untersten Klassen, von denen 32 starben.

Die Bevölkerung Calcutta's ist auffallender Weise seit vielen Jahren immer unverändert geblieben. Eine sorgfältige Zählung aller Einwohner ergab im Jahre 1837: 229,714 Seelen, deren Zahl sich im Jahre 1843 nur um ein Geringes vermindert hatte. Dem Fremden ist die geringe Menge der Kinder und alten Leute, die man in den Strassen und vor den Thüren findet, auffallend; aber dieses, sowie die unveränderliche Einwohnerzahl, lässt sich aus dem Umstande erklären, dass der grösste Theil der Hindu's Arbeiter sind, die, fast 175,000, sechs oder sieben Meilen von der Stadt entfernt wohnen, des Morgens sich nach der Stadt begeben und Abends nach Hause zurückkehren. Während der 12 Jahre von 1832 bis 1843 starben 11,045 Personen jährlich, oder 5 Proz., unter denen weniger Kinder und Leute über 60 Jahren waren, als in England; hingegen war die Anzahl derer, die zwischen 6 und 60 Jahren alt waren, bedeutend grösser. Die Zahl der in diesen 12 Jahren an den Pocken Gestorbenen betrug im Ganzen 5625, d. h. jährlich im Durchschnitt 465; im Jahre 1836 kamen nur 16 Todesfälle vor, im Jahre 1833 hingegen die meisten: 2548.

Während der drei in Calcutta beobachteten Epidemieen machte sich eine auffallende Aehnlichkeit in Betreff der Einwirkung des Klimas geltend. So breitete sich die Krankheit während des Winters und Frühlings aus, nahm ab beim Beginn der Regenzeit und verschwand ganz und gar, wenn dieselbe einige Zeit gedauert hatte. Die Regen-

zeit ist gleichfalls der erfolgreichen Anwendung der Vakzination und der Verbreitung der übrigen Exantheme des Landes, Masern und Varizellen, nicht günstig. Keuchhusten herrscht aber dann epidemisch, während das remittirende Fieber die Epidemie des Herbstes bildet und die Cholera beim Wechsel der Jahreszeit die vorherrschende Krankheit bleibt, besonders wenn kaltes Wetter eintritt. Die eigenthümliche Beschaffenheit der Atmosphäre, die den Typus und die Bösartigkeit der epidemischen Pocken bestimmt, zeigt sich auch von auffallendem Einflusse auf die Epidemie, die denselben folgt. Als die Pocken im Mai 1844 abnahmen, bildete sich eine bösartige und tödtlich werdende Form von Cholera aus; dasselbe wurde auch in Folge anderer Epidemieen beobachtet.

Die Eingeborenen schlagen in der Behandlung ihrer Kranken ein kühlendes, indifferentes Verfahren ein und lassen sie hungern, indem sie mehr Hülfe von der Versöhnung der herrschenden Göttin der Pocken, Sietula, durch Zauberformeln und Opfer erwarten, als von chirurgischen Operationen. Sie reichen Tisanen und Dekokte; befördern die Maturation der Pusteln durch Umschläge von Leinsaamen, und stechen die Pocken auf, wenn sie reif sind.

Dr. Stewart ist durch seine eigenen, sowie durch die Beobachtungen Anderer, die noch mehr Gelegenheit gehabt hatten, die Krankheit unter den Eingeborenen kennen zu lernen, zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Alle Klassen und Kasten der Eingeborenen, jedes Alter und beide Geschlechter sind gleich empfänglich für das Pockengift, indem der tödtliche Ausgang hauptsächlich von den modifizirenden Umständen der vorangegangenen Inokulation oder Vakzination, von der Konstitution des Körpers, von dem gesunden oder geschwächten Zustande des Organismus, von den äusseren Verhältnissen, unter denen der Kranke lebt, von der eigenthümlichen Beschaffenheit der Atmosphäre, der Salubrität der Wohnungen und der Art der Bekleidung abhängt.

2. Die meisten Opfer waren durch eine vorangegangene Vakzination oder Inokulation, die häufiger vollzogen wird, nicht geschützt.

3. Diejenigen, die schon früher die entweder spnotan entstandene oder durch Impfung übertragene Krankheit durchgemacht haben, oder mit Erfolg vakzinirt worden sind, werden von der Krankheit in einer modifizirten Form befallen. Das der Eruption vorausgehende Fieber ist oft eben so heftig, der Ausschlag selbst jedoch immer milder und

das sekundäre Fieber tödtet nur schon vorher geschwächte oder skrophulöse Individuen.

4. Wo das Fieber im Anfang sehr heftig ist, mit bedeutender Kongestion zum Gehirn, Kopfschmerz, Delirien oder starken Kreuzschmerzen verbunden, bricht der Ausschlag in reichlicher Menge, oft konfluirend und unter günstigen Erscheinungen, hervor, mindert die Leiden und deutet auf einen glücklichen Ausgang hin. In diesen Fällen entsteht die grösste Gefahr gegen den zwölften und vierzehnten Tag durch das sekundäre Fieber, das durch die erythematöse Beschaffenheit der Haut hervorgerufen wird.

5. Die schlimmsten und sicher tödtlich endenden Fälle sind die asthenischen bei schwächlichen, entkräfteten Individuen oder bei fetten, skrophulösen Konstitutionen, wo sich früh passive Blutungen aus den Gefässen der Schleimhaut, der Blase und des Darmkanals oder bei Frauen aus dem Uterus einstellen, wo der Maturationsprozess unvollkommen von statten geht und Petechien oder blutige Vibices die Haut bedecken, indem der Tod ungefähr am achten Tage durch Anämie erfolgt, während die Sensibilität bis zum letzten Augenblicke ungeschwächt bleibt. Die Heftigkeit der Epidemie wird durch eine mit Nebel angefüllte und heisse Atmosphäre gemildert; trocknes und kaltes Wetter aber befördert ihre Verbreitung.

Die Europäer leiden in weit geringerem Grade durch die Krankheit in Vergleich mit den Eingeborenen; doch sind die meisten derselben vakzinirt.

Unter den Kühen wurde in Calcutta eine eigenthümliche, tödtlich endende Krankheit beobachtet, die zu derselben Zeit wüthete, als die Pockenepidemie herrschte, und von den Eingeborenen Mattah oder innere Pocken genannt wird. Dr. Stewart sah nie einen pustulösen Ausschlag, und, wie Ceely, missglückten ihm alle Versuche, die Pocken den Kühen einzuimpfen. Unter vielen hunderten von Kühen nahm er nur dreimal einen, den Papeln, Bläschen oder Pusteln gleichenden, Ausschlag an den Eutern wahr, und in diesen Fällen liess sich das Gift den Kindern nicht mittheilen.

Vom 1. September 1843 bis zum 1. Juni 1844 starben 2233 Kühe an der obigen Krankheit, und da man die Schlächter unter den Eingeborenen beschuldigte, das Fleisch der Thiere, die sie für krank hielten, verkauft zu haben, so entsagten die Europäer und die ostindische Bevölkerung, aus Furcht vergiftetes Fleisch zu essen, gänz-

lich dem Genusse des Rindfleisches, mit einer Gewissenhaftigkeit, wie sie nur bei den Hindus selbst vorkömmt. Auch das Federvieh starb zu Hunderten um diese Zeit.

Wenn die Vakzination sich in England und in anderen Ländern Europas oft unwirksam gezeigt hat, so kann es uns nicht wundern, dass sie von noch geringerem Erfolge in Indien gewesen ist. Das Klima, die religiösen Vorurtheile und die verschiedenen Ansichten der Einwohner, ferner die Ausübung der Inokulation und der geringe Verkehr der Indianer mit den Europäern sind Gründe genug dafür. Das Vakzinegift wurde nach vielen misslungenen Versuchen zuletzt mit Erfolg in Indien angewandt, und Dr. Shoolbred führt in seinem Berichte an, dass im Jahre 1804 8140 Individuen in Bengalen vakzinirt wurden. Doch mangelte es bald an mehreren Orten an Lymphe, die man sich nur mit der grössten Schwierigkeit wieder verschaffen konnte, bis Dr. Shoolbred, nach der von Bryce angegebenen Methode, die trockenen Schorfe zu diesem Zwecke anwandte. In dem von Dr. Cameron im Jahre 1831 veröffentlichten Berichte wird der, wenn auch langsamen, Fortschritte der Vakzination Erwähnung gethan, und mitgetheilt, dass kein Fall von Variola nach ihrer Vollziehung vorgekommen sei.

Im Jahre 1832 entdeckte M'Pherson die echten Kuhpocken bei einigen Kühen in Moorshebad. So erhielt man ein Gift von scheinbar kräftigerer Wirkung und theilte es überall mit. Im Jahre 1836 glaubten Brown und Furnell, sie hätten die echten Kuhpocken in Assan aufgefunden, und mehrere Kinder wurden mit Erfolg vakzinirt; doch unglücklicher Weise ward durch die von diesen erhaltene Lymphe eine Art von Variole hervorgerufen.

Das Vakzinegift verliert in Bengalen bedeutend an Kraft beim Eintritt der Regenzeit, erhält dieselbe aber bei Rückkehr des kalten Wetters wieder.

Unter den Europäern kamen im Jahre 1844 mehrere Fälle von modifizirten Pocken vor bei Erwachsenen, die in ihrer Jugend in England vakzinirt worden waren, und sehr viele wurden mit vollkommenem Erfolge revakzinirt. Indessen zeigte sich die, bei 87 Eingeborenen von Stewart vollzogene Revakzination nur in fünf Fällen erfolgreich.

Die Zahl der vom Jahre 1827 bis 1843 in Bengalen Vakzinirten beträgt ungefähr 652,000; unter diesen befanden sich im letzten Jahre

die meisten, nämlich 68,680. Die Vakzination hat unter den Eingeborenen mehr Anklang gefunden, obgleich noch jährlich gegen 600 von den Inokulatoren die Pocken einimpfen lassen. Doch ist diese Zahl, wenn man die bedeutende Bevölkerung Bengalens in Betracht zieht, äusserst gering. Grosse Geldsummen sind verwandt worden, um diesem segensreichen Schutzmittel eine weitere Ausdehnung zu verschaffen.

Wirft man einen Blick auf die geschichtliche Darstellung, wie sich die Vakzination in Bengalen verbreitet hat, so muss man einräumen, dass sie nur sehr geringe Fortschritte gemacht hat, nur theilweise erfolgreich gewesen ist, und ihr jetzger Zustand und die Aussichten nicht genügend und nicht sehr ermuthigend sind. Es kann nicht geläugnet werden, dass die Ansichten unter dem Volke hinsichtlich ihrer Vortheile erschüttert worden, und das Vertrauen auf ihre Wirksamkeit und Unfehlbarkeit als Gegenmittel gegen die Variole abgenommen hat.

Die Berichte der in den verschiedenen Distrikten der vereinigten Präsidentschaft angestellten Wundärzte stimmen darin überein, dass die Zahl der Vakzinirten in bedeutendem Missverhältnisse steht mit den erforderlichen Kosten. Die den Priestern ausgesetzten Gelder, für welche die Inokulation ein einträgliches Monopol ist, sowie die Unwissenheit und die Nachlässigkeit der Eingeborenen, bilden zusammen ein Hinderniss für die Verbreitung der Vakzination. Dadurch, dass man die Brahminen dahin gebracht, sie eben so, wie die Inokulation, für Geld auszuüben, ist man mehrere Male zu einem günstigen Resultate gelangt.

In der Präsidentschaft von Madras gedeiht die Vakzination besser, als in der von Bengalen, indem vom Jahre 1831 bis 1842 fast zwei Millionen vakzinirt wurden. Die Operationen wurden von 162 Vakzinatoren, die Eingeborene sind, unter Aufsicht der Wundärzte ausgeübt. Die Eingeborenen in diesem Theile Indiens sollen nicht so gegen die Vakzination eingenommen sein, indem sie der Ansicht sind, dass sie der Inokulation ähnlich sei, an die sie gewöhnt sind.

Bemerkungen über den Scheintod der Neugeborenen, von Dr. M. Rosenberg in Landshut.

Man hat sich bis jetzt weder über die Natur, noch über die verschiedenen Arten des Scheintodes verständigt. Das Preussische Hebammenbuch nimmt zwei Arten von Scheintod an, nämlich Scheintod durch Unterdrückung des Lebens und Scheintod durch Erschöpfung des Lebens; die Ausdrücke *Asphyxia syncoptica* und *Asphyxia apoplectica*, die diesen Begriffen entsprechen, sind jedoch keinesweges genau bezeichnend. Jörg und Meissner nehmen auch noch einen Scheintod durch Mangel an Oxygen an, also entspringend entweder durch Hemmung des Utero-Fötalkreislaufs, oder durch Hemmung der Lungenathmung bei schon halbgeborenem Kinde; mit einem Worte, sie nehmen eine *Asphyxia suffocatoria* an, und es sind daher von späteren Schriftstellern, wie von Busch und Grenser, drei Arten aufgestellt worden, nämlich *A. apoplectica, suffocatoria* und *nervosa*. Doherty in Dublin geht aber mehr in das Wesen der Sache ein, indem er die Ansicht aufstellt, dass der Scheintod der Neugeborenen entweder vom Gehirne oder vom Herzen oder von den Lungen ausgehe, und er unterscheidet daher eine *A. cerebralis, cardiaca* und *pulmonalis*.

Alle diese Eintheilungen haben jedoch nur eine Bedeutung, wenn es möglich wäre, am Kindeskörper selber die verschiedenen Arten von einander zu unterscheiden und darauf eine Behandlung zu begründen. Dem ist aber in den meisten Fällen leider nicht so. In einem ganz neuen, uns eben zu Händen gekommenen Werke von Dr. Eduard Detroit (Kursus der Geburtshülfe, mit Einschluss der wichtigsten Krankheiten der Schwangern, der Wöchnerinnen und der Neugeborenen, Thl. III. Berlin 1846), welches Werk eine ziemlich gute, obwohl doch in gewisser Beziehung mangelhafte Zusammenstellung des in neuerer Zeit Ausgesprochenen enthält, bemüht sich der Verfasser nach verschiedenen neuen Autoren die verschiedenen Arten des Scheintodes der Neugeborenen nach ihren einzelnen Symptomen von einander zu diagnostiziren. Wir wollen einmal sehen, ob er es bei den drei Arten, die er annimmt, nämlich bei der *A. apoplectica, suffocatoria* und *nervosa*, auch vermocht hat.

1) Die *A. apoplectica*, welche ihren Grund in Hyperämie, Blutüberfüllung des Gehirns und venöser Turgeszenz desselben hat, und vorzüglich durch Druck des Kindeskopfes während des Geburtsakts, durch Umschnürung des Kindeskörpers von dem Uterus, durch die

feste Umschlingung der Nabelschnur um den Hals des Kindes, durch Kompression der Halsvenen desselben und durch Druck und Zerrung der Nabelschnur entstehen soll, charakterisirt sich durch folgende Erscheinungen: Das Kind hat eine livide, bläuliche, ja bisweilen eine fast blauschwarze oder braunrothe Farbe der Haut, ein aufgedunsenes Gesicht, aufgetriebenen Kopf, vorgetriebene Augen, eine steife und dicke, zwischen den Kiefern eingeklemmte Zunge, bisweilen eine mit Blut überfüllte, noch wohl pulsirende, bisweilen eine nicht pulsirende, welke Nabelschnur, eine mehr oder minder ausgebildete Kopf- oder Gesichtsgeschwulst, bisweilen gar kein Puls und keine Athmung, bisweilen hingegen einen röchelnden, schnatternden Athem mit einzelnen, tumultuarischen Herzbewegungen.

2) Die *A. suffocatoria* ist natürlich nur denkbar bei Kindern, die schon geathmet haben, denn bei Kindern, die noch nicht geathmet haben, kann von Suffokation nicht die Rede sein. Die suffokatorische Asphyxie beruht nach dem Verfasser in fehlendem oder unzulänglichem Zutritt der atmosphärischen Luft, und entsteht vorzüglich durch zu frühes Durchschneiden der Nabelschnur, bevor das Kind eine gehörige Lungenathmung besitzt, durch Druck, Zerrung, Erschütterung und Hyperämie desjenigen Theils des Rückenmarks, von welchem die Muskeln, die der Respiration dienen, versorgt werden. Bei dieser suffokatorischen Asphyxie erscheint, wie der Verfasser angiebt, der Körper des Kindes livide, bläulich, selten blass, die Glieder bisweilen ganz welk und schlaff, die Kinnlade bisweilen herabhängend. Mit einem Worte, wenn man diese bisweilen vorkommenden Erscheinungen nicht mitrechnet, zeigt sich die *A. suffocatoria* ganz so, wie die *A. apoplectica*, und ich wüsste nicht, wie man zwischen beiden einen Unterschied stattfinden lassen will, zumal da in beiden Arten es im Wesen auf eins hinauskommt, nämlich auf eine mangelhafte und bisweilen ganz fehlende Oxygenisation des Blutes durch unterdrückte oder gehemmte Athmung, mögen nun diese Störungen der Athmung vom Gehirn oder vom Rückenmark ausgehen, oder durch ein äusseres, die Athmung hinderndes Moment herbeigeführt werden.

Wir würden daher aus beiden Arten, wie auch schon Andere gethan haben, nur eine machen, nämlich eine *A. apoplectica*, und ihr allein die dritte Art des Verfassers an die Seite stellen, nämlich die *A. nervosa*, oder, wie ich sie lieber nennen möchte, die *A. per inanitionem*. Bei dieser Art ist das Kind bleich, kalt, wachsgelb, hat erschlaffte, herabhängende Glieder, einen herabhängenden Unter-

kiefer mit offenstehendem Munde, eine ganz fehlende oder durchaus schwache, kaum fühlbare Pulsation bei unregelmässigen und schwachen Athmungsversuchen u. s. w.

Es wäre schon ein grosser Gewinn für die Praxis, wenn die *A. per inanitionem* von der durch Apoplexie oder durch Suffokation wirklich so genau sich unterschiede, wie hier angegeben ist. Indessen findet man oft Kinder scheintodt, wo sich weder am Kinde selber, noch durch genaues Untersuchen der Mutter ermitteln lässt, von welcher Art die Asphyxie ist, und durch welche Ursachen sie hervorgerufen wurde.

Auch können ganz verschiedene Ursachen zusammenwirken, so z. B. Druck auf den Nabelstrang oder auf den Kopf während des Geburtsakts, während zu gleicher Zeit Mund und Nase des Kindes mit Schleim verstopft sein können; ein zu frühes Durchschneiden der Nabelschnur, ehe die Lungenrespiration sich vollkommen eingestellt hat bei einem kleinen, nicht sehr blutreichen Kinde. Dann giebt es aber eine Ursache des Scheintodes der Neugeborenen, die von den deutschen Autoren gänzlich vergessen worden zu sein scheint, nämlich die Einwirkung schädlicher Substanzen, die man der Mutter kurz vor oder während der Entbindung gereicht hat. In manchen Gegenden, namentlich bei den Landleuten, ist es Gebrauch, zur Beschleunigung der Geburt und damit die Frau gehörig bei Kräften bleibe, ihr Branntwein, Wein oder andere Spirituosa zu reichen; ich habe gefunden, dass gerade solche Frauen sehr häufig asphyktische Kinder zur Welt bringen. Besonders zu nennen ist hier das Mutterkorn, welches, wenn es während der Entbindung in Substanz gegeben wird, sehr leicht Asphyxie zur Folge hat, und man muss daher rathen, lieber einen wässerigen Aufguss des Mutterkorns zu geben, welcher nicht so nachtheilige Folgen zu haben scheint.

Was die Behandlung des Scheintodes der Kinder betrifft, so will ich zuvörderst erst diejenigen zusammenstellen, die uns bisher bekannt sind: 1) Erregung des Rückenmarks und dadurch angeregte Zirkulation und Respiration; hierher gehören die Schläge auf den Steiss des Kindes; Schwingungen des horizontal auf den Händen gehaltenen Körpers in freier Luft, vorzüglich in der Nähe eines geöffneten Fensters; Reiben des Körpers, vorzüglich des Thorax, der Magengegend und der Bauchhöhle mit Flanell, sanftes Bürsten des Rückens und der Fusssohlen; vorsichtiges Kitzeln der Nase, des Ohrs, des Schlundes und des Kehlkopfes mit feinem Federbart oder zugespitztem Papier-

schnitzel, Riechmittel; Besprengen des Antlitzes, der Brust und des Kopfes mit kaltem Wasser; kalter Regen mittelst einer Strohruthe auf Kopf und Brust; die Dusche mit kaltem Wasser mittelst der Klystierspritze in der Entfernung eines Fusses auf die nackte Brust und Herzgrube des Kindes, momentanes Eintauchen desselben in eiskaltes Wasser, worauf das Kind sogleich am ganzen Körper mit warmen Tüchern abgetrocknet, erwärmt und an den Fusssohlen gebürstet wird, und endlich die Anwendung reizender Klystiere (von Seife, Essig), oder reizender Waschungen. Alle diese Mittel wirken durch das Medium der Kutis und der Schleimhäute mittelst der Reflexnerven erregend auf das Rückenmark, und sollen durch die Erregung desselben die Zirkulation und Respiration bewerkstelligen.

2) Direkt auf die Athmungsorgane wirkende Mittel. Streng genommen wirken diese Mittel auch durch das Medium des Rückenmarks; indessen müssen sie doch von jenen unterschieden werden, da sie zu gleicher Zeit eine künstliche Athmung veranlassen. Hierher gehört besonders das Lufteinblasen in die Lungen. Marshall Hall schreibt folgendes Verfahren vor: „Es lege der Arzt seine Lippen auf die des Kindes, jedoch indem er ein Stück Leinewand dazwischen legt, und treibe dann, indem er die Nasenlöcher des Kindes zuhält und dessen Luftröhre sanft gegen dessen Speiseröhre hindrängt, die Luft langsam und allmälig aus seiner eigenen Brust in die des Kindes. Hierauf werde sanft die Brust des Kindes gedrückt, um eine volle Ausathmung zu bewirken; dann gestattet man, dass der Thorax des Kindes so kräftig wie möglich sich ausdehne, damit wieder eine Inspiration in vollem Grade möglich werde. Aber damit dies Alles geschehen könne, muss der Arzt vorher einige Mal in kurzen Zügen athmen und dann eine sehr kräftige Einathmung machen. Auf diese Weise wird die aus den Lungen des Operateurs in die des Kindes eingedrungene Luft mehr Sauerstoff und weniger Kohlensäure als die gewöhnlich ausgeathmete Luft enthalten und daher besser im Stande sein, die Respiration und Zirkulation anzuregen."

In neuern Zeiten ist das Lufteinblasen vielfach besprochen worden; man hat verschiedene Mittel vorgeschlagen, dasselbe nicht mit dem Munde, sondern auf andere Weise zu bewirken, und bekannt ist hier die Chaussier'sche Röhre; indessen sind alle diese Mittel wenig in Gebrauch gekommen und meistens wird das Lufteinblasen noch mit dem Munde verübt. Man hat jedoch gegen diese Art der Lufteinblasung sehr viele gegründete Einwendungen gemacht; man hat zuvörderst

nachgewiesen, dass man auf diese Weise die Luft eher in den Magen der Kinder treibt, als in die Lungen derselben, zumal da im Scheintode die Stimmritze immer geschlossen ist; ein blosser Druck äusserlich auf den Kehlkopf genügt nicht, und eben so wenig das blosse Zuhalten der Nasenlöcher oder ein seitliches Zusammendrücken des Thorax. Herr Depaul (s. dies. Journal, Bd. VI, Hft. 3, S. 183.) hat sehr genaue Untersuchungen vorgenommen und gefunden, dass ohne die Chaussier'sche Röhre ein Luftblasen in die Lungen des Kindes gar nicht zu Stande kömmt; er bedient sich daher derselben, nachdem er sie an ihrem untern Ende ein wenig modifizirt hat. — Der andere Einwand, den man gegen das Lufteinblasen gemacht hat, bezieht sich auf den Mangel an Oxygen oder vielmehr auf die Ueberfüllung mit Kohlensäure in der vom Operateur ausgeathmeten und in die Lungen des Kindes hineingetriebenen Luft; man hat deshalb vorgeschlagen, mittelst eines Blasebalgs, einer Pumpe oder einer Kautschuckflasche äussere atmosphärische Luft in den Körper des Kindes hineinzublasen, wobei man allerdings der Chaussier'schen Röhre nicht entbehren kann. Wir haben jedoch schon erwähnt, dass Marshall Hall angerathen hat, zuerst schnell aus- und einzuathmen und dann recht tief Athem zu schöpfen, bevor man das Lufteinblasen unternimmt; die so in das Kind hineingetriebene Luft ist noch vollständig athembar.

Alles dieses habe ich vorausschicken zu müssen geglaubt, um die Schilderung meines eigenen Verfahrens folgen lassen zu können; ich muss bemerken, dass ich gegen den Scheintod neugeborner Kinder, wo er mir vorkam, immer mit grossem Glücke aufgetreten bin. Mein Verfahren ist folgendes:

1) Ich lasse den Nabelstrang nie eher unterbinden, als bis die Pulsation in demselben ganz aufgehört hat. Bei dem Abwarten aber muss man Sorge tragen, nicht die selbstständige Zirkulation des Kindes mit der Uterofötalzirkulation im Nabelstrange zu verwechseln; man muss immer bedenken, dass die selbstständige Pulsation des Kindes einige Zoll den Nabelstrang hinauf durch einen Impuls sich fühlbar macht, und es ist daher von Wichtigkeit, den Nabelstrang wenigstens in der Mitte zu fassen, wenn man wissen will, ob die Pulsation in ihm aufgehört hat oder nicht. Eine Unterbindung der Nabelschnur bei noch vorhandener Pulsation in derselben ist eine Hauptursache des eintretenden Scheintodes.

2) Mund und Nase müssen vom Schleime gereinigt werden; es muss dieses mit gehöriger Vorsicht geschehen.

3) Gewöhnlich findet man die Zunge nach oben und hinten stehend, so dass sie gleichsam wie ein Ventil den Ein- und Ausgang der Luftwege verschliesst; es ist daher von Wichtigkeit, dem Kinde den Mund zu öffnen, die Zunge mit der Fingerspitze niederzudrücken und sie zu gleicher Zeit etwas nach vorn zu ziehen. So wie dieses geschehen ist, findet die atmosphärische Luft schon von selber freien Eintritt in die Luftröhre. Durch dieses einfache Mittel habe ich einige Mal die Kinder wieder belebt.

4) Das Lufteinblasen in die Lungen des Kindes nehme ich entweder auf die Weise vor, die Marshall Hall vorgeschrieben hat, oder ich schiebe einen recht dicken Kautschukkatheter durch den Mund oder besser noch durch die Nasenlöcher bis in den Hals hinein und wenn es möglich ist, was jedoch nicht immer gelingt, bis durch die Stimmritze. Dann nehme ich meine Brust durch eine tiefe Einathmung recht voll und blase die Luft langsam, jedoch kräftig, ein.

5) Dabei unterlasse ich jedoch nicht die andern Mittel, nämlich Reibung des Körpers, besonders der Brust, mit der erwärmten Hand; Bespritzen des Gesichts des Kindes mit kaltem Wasser oder Anblasen durch einen mit kalter Luft gefüllten Blasebalg, während der übrige Körper gehörig erwärmt ist. Sehr tadelnswerth ist der gewöhnliche Gebrauch, ein scheintodtes Kind in ein warmes Bad zu bringen; durch zahlreiche Versuche hat Edwards das Schädliche der warmen Bäder in diesem Falle dargethan; er erweist, dass, je grösser die Entwickelung der thierischen Wärme ist, desto mehr Sauerstoff konsumirt und desto grösser die Nothwendigkeit des Athmens ist; er hat ferner gezeigt, dass die Einwirkung der äussern Wärme auf den Körper auch diesen zu einer grössern Wärmeentwickelung anregt und ein stärkeres Athmen erheischt; es ist eine bekannte Erfahrung, dass, wenn Jemand sehr erhitzt ist, er desto schneller zu athmen gezwungen ist. Es scheint mir demnach der Schluss sehr richtig, dass ein Eintauchen eines scheintodten Kindes in ein warmes Bad den wirklichen Tod desselben beschleunigen muss, insofern das Bedürfniss nach Oxygen dadurch in ihm aufs Höchste gesteigert wird. Ich lasse ein scheintodtes Kind niemals in ein warmes Bad legen, sondern es nur mit einem Stücke Flanell umhüllen. — Die noch übrigen Mittel, welche die Autoren empfohlen haben, nämlich Kitzeln der Nase und des Rachens mit einer Feder, Kitzeln der Fusssohlen u. dergl., können auch angewendet werden. Könnte man immer dazu gelangen, so wäre es auch vielleicht ganz gut, einen schwachen elektrischen Strom auf das Kind wirken zu

lassen, und zum Schlusse will ich nur noch bemerken, dass in dem Falle, wo das scheintodte Kind mir plethorisch zu sein oder an Kongestion nach den Lungen zu leiden scheint, ich etwas Blut aus der Nabelschnur lasse; ich muss bemerken, dass man mit dieser letztern Blutentleerung ziemlich dreist umgehen kann, und dass nur sehr schwächliche, elende, bleich aussehende Kinder eine Kontraindikation bilden.

II. *Analysen und Kritiken.*

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten.

(Beobachtungen und Vorschläge aus dem Gebiete der praktischen Medizin von Marshall Hall. Deutsch bearbeitet von Dr. L. Posner. Leipzig bei Ch. E. Kollmann. 1846. 8. 206 Seiten.)

Wir haben über den berühmten Autor, den wir auch persönlich zu kennen das Glück haben, kein Wort zu sagen. Der Autor repräsentirt die experimentelle Physiologie, angewendet auf die Pathologie und Therapie, und wir müssen dem Herrn Dr. Posner herzlichen Dank sagen, dass er in fliessendes Deutsch die hier gesammelten Beobachtungen und Vorschläge übertragen hat, um sie auch bei uns einheimisch zu machen. Wir haben hier nur diejenigen Abschnitte zu berücksichtigen, die sich auf Pädiatrik beziehen; diese Abschnitte sind das 29., 35., 36., 37., 38., 39., 40., 41., 42. und allenfalls das 43. Kapitel. Obwohl mehrere dieser Abschnitte in unserem Journale angeführt und ihrem wesentlichen Inhalte nach mitgetheilt worden sind, so halten wir es doch für zweckmässig und glauben es unsern Lesern schuldig zu sein, spezieller in jedes der erwähnten Kapitel einzugehen. Wir nehmen die oben erwähnten Kapitel der Reihe nach vor.

1) Zur Therapie des *Naevus vascularis* (29. Kapitel, Seite 136—145.). Der Verf. macht einen Unterschied zwischen arteriellem Nävus und kapillarem; zwischen beiden finden Uebergänge statt. Der arterielle Nävus besteht aus vielen erweiterten Hautarterien; der kapillare Nävus dagegen aus erweiterten Kapillargefässen. Ersterer ist wenig über die Haut erhaben und von keiner bestimmten Form; letzterer ist dunkel und livid, mehr kreisförmig und regelmässig, kugelförmig oder wenigstens bedeutend erhaben. Es ist vermuthlich diese letztere Art, die, wenn sie tiefer gelagert und von keiner Miss-

färbung der Haut begleitet ist, Wardrop subkutanen Nävus genannt hat. Erreichen diese Nävi einen grossen Umfang und affiziren sie die darunter liegenden Gebilde, z. B. die Schädelknochen (wie Thomson einen Fall mittheilt), so verdienen sie den Namen *Naevi complicati*. Man kann diese als eine dritte Form betrachten. Eine vierte Form, die eigentlich als besondere Spezies gelten muss, sind die varikösen und venösen Nävi; sie sind subkutan und bestehen entweder aus wenigen kleinen Venen, deren kleine Stämme in der Nähe des Maales sichtbar sind, oder sie bestehen aus grösseren Venen, in welchem Falle sie dem fühlenden Finger dieselbe Empfindung geben, wie die Varikokele. Eine fünfte Form bezeichnet der Verf. als zunehmende Nävi (*Naevi increscentes*).

Es ist eine Frage von mannigfachem praktischen Interesse, sagt der Autor, ob eine und dieselbe Behandlung für alle diese verschiedene Arten von Mälern geeignet ist. Berücksichtigen wir, dass der Nävus ein arterieller, kapillarer oder venöser sein könne, so erscheint es willkührlich, diese thatsächlich vorhandenen Spezies mit einander zu konfundiren und sie sämmtlich, wie dies Dupuytren gethan, dem erektilen Gewebe analog zu setzen. Letzterer hat seine ihm spezifisch eigenen anatomischen und physiologischen Verhältnisse, ist mit besondern Nerven und Blutgefässen versehen und verdankt seinen Ursprung einem bestimmten *Nisus formativus*, wohingegen der *Naevus vascularis* lediglich aus erweiterten Arterien, Venen oder Kapillargefässen besteht.

Der kapillare Nävus liegt zuweilen über einer grössern Arterie, mit welcher er wahrscheinlich innig zusammenhängt und durch welche er vermittelst des zu starken Blutimpulses auf das wenig resistente Kapillarnetz hervorgerufen worden. Zuweilen findet kein derartiger Zusammenhang statt und es wird durch Exzision des Nävus kein Gefäss von Wichtigkeit verletzt. In den vorher bezeichneten Fällen ist der Nävus eine pulsirende Geschwulst oder lässt wenigstens bei tieferem Fingerdrucke Pulsationen wahrnehmen. Die Unterbindung der betreffenden Arterie wird in diesen Fällen eine vorübergehende Verminderung des Nävus zur Folge haben, wie sich aus den Erfahrungen von Hodgson, Wardrop und Dupuytren ergiebt.

In anderen Fällen ist der Nävus durch gehinderten venösen Rückfluss bedingt; er wird dann durch jede Muskelanstrengung, z. B. durch Schreien, beträchtlich vergrössert und sein Wachsthum wird durch ähnliche Ursachen beschleunigt. Die Oertlichkeit dieser Nävi steht wahrscheinlich in enger Beziehung zu der Natur des bedingenden Momentes; so z. B. mag das häufige Vorkommen der Muttermäler hinter dem Ohre durch den Fingerdruck des Geburtshelfers während der Entbindung hervorgerufen werden.

Welcher Art aber auch die Ursache der in Rede stehenden Produktionen sein möge, so scheint doch der Sitz derselben in den kleinern Arterien oder Venen oder in den Kapillargefässen zu sein, und auf diese muss deshalb auch die Therapie gerichtet werden.

Obgleich diese Nävi gänzlich aus Gefässen bestehen, so ist doch ihre Vitalität nur sehr gering, so dass adhäsive Entzündung oder andere heilende Prozesse nur sehr schwer in ihnen angeregt werden, wohingegen Geschwürsbildung und Gangräneszenz leicht eintreten. Diese charakteristische Eigenschaft ist von wesentlichem Einfluss auf die Therapie. Wo zuviel in Anwendung gebracht wird, da können leicht destruktive Veränderungen hervorgerufen werden; beschränkt man sich auf milde und sichere Mittel, so muss man sich dadurch nicht irren lassen, dass ihr Erfolg nur langsam hervortritt und dass sie öftere Wiederholung erfordern.

Die wichtigsten bis jetzt gegen *Naevi vasculares* vorgeschlagenen Behandlungsweisen sind folgende: 1) Anwendung der Kälte und des Druckes (Abernethy); 2) Vakzination (Hodgson); 3) Exzision (J. Bell); 4) Ligatur (J. Bell, White, Lawrence); 5) Anwendung des Aetzkali (Wardrop); 6) Unterbindung derjenigen Arterie, welche den Nävus mit Blut versorgt. Die erste jener Behandlungsweisen ist gewöhnlich erfolglos, die zweite nur bei oberflächlichen Mälern anwendbar und oft Geschwürsbildung und Brand, nur zuweilen Vernarbung herbeiführend; die dritte ist, wegen der leicht eintretenden Hämorrhagie, gefährlich und ward in einem Falle selbst in den geschickten Händen Wardrop's tödtlich; die vierte ist ausserordentlich schmerzhaft, zuweilen sogar Konvulsionen hervorrufend; derselbe Vorwurf trifft die fünfte Behandlungsweise. Alle diese Verfahren, mit Ausnahme des ersten, lassen selbst bei günstigem Erfolge eine Narbe zurück und sind bei sehr vielen diffusen oder tief sitzenden Mälern gar nicht anwendbar. Die Unterbindung der Arterie (6) ist eine sehr gefährliche und gleichzeitig erfolglose Operation.

Den genannten Behandlungsweisen reihen sich die Aetzungen mit Brechweinsteinsalbe, Salpetersäure u. s. w. an. Auch sie erregen heftige Schmerzen und lassen selbst im günstigsten Falle Narben zurück.

Der Verf. schlägt eine Behandlungsweise vor, die darauf berechnet ist, ohne grossen Schmerz und ohne Gefahr der Verschwärung und Verbrandung adhäsive Entzündung zu erzeugen, und die keine entstellende Narbe hinterlässt. Dieses Verfahren besteht einfach darin, eine Nadel von mässigem Umfange und mit schneidenden Rändern so oft durch den Nävus zu führen, dass eine adhäsive Entzündung und plastisches Lymphexsudat erzeugt und die Obliteration der das Maal bildenden Gefässe bedingt werde. Die Nadel muss in verschiedenen Richtungen des Nävus von irgend einem Punkte an dessen Peripherie nach verschiedenen mehr oder weniger entgegengesetzten Punkten derselben geführt werden. Bei oberflächlichen arteriellen Mälern sind die Stiche nahe der Oberfläche zu vollführen, bei tiefgelagerten, prominirenden kapillaren müssen sie tiefer eindringen. Die Operation ist nach Umständen alle 3—4 Monate zu wiederholen. Treibt man das Verfahren zu weit, so entstehen weisse Narben, und man muss daher,

wenn man diese verhüten will, sehr genau abpassen, wann man aufzuhören hat. Sollten diese Durchstechungen aber nicht ausreichen, die gehörige adhäsive Entzündung herbeizuführen, so kann man auch Seidenfäden durchziehen und sie liegen lassen. Der Autor erzählt mehrere Fälle, die von grossem Interesse sind, und die wir im Werke selbst nachzulesen bitten.

2) Ueber die Skarifikation des Zahnfleisches während der Dentition (35. Kap. S. 157—169.).

In Deutschland hält man sehr wenig von der Skarifikation des Zahnfleisches bei der Dentition; man lässt sie kaum dann gelten, wenn der Durchbruch der Zähne eben bevorsteht, in welchem Falle das Zahnfleisch genau da eingeschnitten werden muss, wo die Zähne hervorkommen. Als blutentleerendes Mittel aber, als Mittel, Kongestion und Entzündung zu mildern, als Mittel, den Schmerz, die Aufregung und das Fieber, welche die Dentition bisweilen mit sich führt, zu mässigen, übt man die genannte Operation nicht. Der Autor ist aber der Meinung, dass gerade hierin die grösste Wirksamkeit des genannten Mittels besteht. Die Dentition schliesst eine vermehrte Gefässthätigkeit in sich und ist mit der erhöhten Nerventhätigkeit begleitet. Der Prozess geht mit Energie und rasch von statten; das Gehirn wird reizbar, die Kinder werden unruhig und verstimmt, das Zahnfleisch ist erhitzt und angeschwollen, es tritt Fieber hinzu, nicht selten Krampf und eine Veränderung der Sekretion. Alles dies ist bekannt, aber worin liegt die Quelle und die Bedingung aller dieser Leiden? Nach dem Autor sind nicht die Nerven des Zahnfleisches über dem prominirenden Zahn, sondern die Zahnnerven selbst, die Nerven, welche in die Zahnsubstanz eintreten, der primitive Sitz der Reizung. Aus dieser seiner Ansicht zieht der Autor den Schluss, „dass die Skarifikation des Zahnfleisches nicht blos an dessen Spitze, sondern vielmehr an seiner Basis geschehen muss." Das sogenannte Einschiessen der Zähne ist gefährlicher, als der Durchbruch derselben, und da die Operation mit keiner Gefahr verknüpft ist, so ist es besser, „das Zahnfleisch hundert Mal ohne Noth zu inzidiren, als durch einmaliges Vernachlässigen dieser so unbedeutenden und doch so wirksamen Operation Anlass zu einem Krampfanfalle zu geben". Bei Fieber, Unruhe, Neigung zu Krämpfen ist diese Operation täglich einmal, in dringenden Fällen sogar 2 Mal zu wiederholen. Eine geschickte Hand verrichtet diese Operation in einer Minute, und verhütet so in dieser Zeit oft einen sehr ernstlichen, ja vielleicht tödtlichen Anfall; die Einschnitte

müssen aber, wie gesagt, unmittelbar über den Zahnnerven gemacht werden.

3) Zur Therapie des *Laryngismus stridulus* oder des *Asthma infantile,* auch *thymicum* genannt (36. Kap. S. 160—165.). Die Disposition für dieses Leiden findet der Verf. in einer eigenthümlichen Empfänglichkeit der exzitomotorischen Funktion, und jeden einzelnen Anfall betrachtet er als das Resultat der Einwirkung reizender Agentien auf diese Nervensphäre. Bei der Behandlung kömmt es sehr darauf an, 1) die krankhaft erhöhete Empfänglichkeit herabzustimmen, und 2) jede reizende Einwirkung zu verhüten. Bei Kindern sind aber die gewöhnlichen Quellen der Reizung: *a*) Dentition; *b*) unverdauliche Stoffe im Magen; *c*) reizende Kothanhäufungen im Dickdarm; *d*) äussere Reize, und *e*) geistige Aufregung. — Was die Dentition betrifft, die man „in vieler Hinsicht als einen subinflammatorischen Prozess" betrachten kann, so sind örtliche Blutentziehungen, namentlich (wie eben erwähnt) Skarifikationen des Zahnfleisches, das beste Mittel, den durch die Dentition veranlassten Krämpfen, und somit auch dem Stimmritzkrampfe zu begegnen. — Ist Indigestion die Schuld des Stimmritzkrampfes, so sind milde Abführmittel und eine genau regulirte Diät (Milchdiät) am wirksamsten. Will sich Krampf einstellen, so empfiehlt der Verf. Entleerung des Magens durch Kitzeln der Fauzes mit einer Feder. — Kothstoffe im Dickdarm erfordern milde Abführmittel, namentlich kleine Gaben Kalomel, *Infusum Rhei* mit *Kali tartaricum* und Manna, wozu man nach Umständen etwas Hyoscyamus oder Aromatisches zusetzen kann. Man muss eben so sehr stark angreifende und erhitzende, als zu sehr erschlaffende Abführmittel vermeiden. Sehr rathsam sind Warmwasserklystiere „in ergiebiger Quantität und sehr langsam (?) angewendet", so dass eine förmliche Auswaschung des Darmkanals bewirkt wird. — Sind beim Stimmritzkrampfe die Darmausleerungen, was bisweilen vorkömmt und von einer krampfhaften Kontraktion der Gallengänge abzuhängen scheint, weiss und farblos, so gebe man reichliche Klystiere, die hier besser wirken, als alle Purganzen. — Zu den äusseren Reizen sind die Einflüsse der Atmosphäre zu zählen. Nordostwind scheint in England, wie bei uns, besonders geeignet zu sein, Anfälle des Stimmritzkrampfes hervorzurufen, oder sie zu erneuern; dagegen scheint Luftwechsel, namentlich Aufenthalt an der See, äusserst wohlthätig auf die Disposition zu dieser Krankheit zu wirken. — Geistige Aufregung endlich ruft dieselbe sehr leicht

hervor; so plötzliches Aufstören aus dem Schlafe, Jähzorn und Aerger der Säugenden, Furcht, Schreck u. s. w. — Zur Abstumpfung der allgemeinen Reizbarkeit und Empfänglichkeit empfiehlt der Verf. *Tinct. Hyoscyami* und *Infus. Humuli lupuli*; allgemeine Waschungen der Haut mit lauem Salzwasser sind tonisirend und wohlthätig; viel Genuss der freien Luft, doch müssen die Kinder vor den Unbilden der Witterung gehütet werden. Am besten ist nach dem Verf. eine Flanellbekleidung unmittelbar auf die Haut; die übrige Bekleidung muss sich nach den Jahreszeiten richten.

Die Vergrösserung der Thymus ist Verf. eher geneigt, für eine Folgewirkung der konvulsivischen Bewegungen als für eine Ursache des Stimmritzkrampfes zu halten; eben so, wie nach dem Kopfe und Antlitze können auch Kongestionen nach der Thymus und den Lungen eintreten. Blutentziehungen sind jedoch nicht anwendbar, da sie die Nervenreizbarkeit erhöhen; dagegen erweisen sich spirituöse Waschungen des Kopfes sehr nützlich.

4) Ueber die Folgen habitueller Anwendungen von Opiumpräparaten bei Kindern (37. Kap. S. 165—167.). Es ist die Anwendung von Opium in der Kinderpraxis überhaupt selten; noch seltener ist die habituelle Anwendung des Opiums bei Kindern. Wir kennen aus vielen Fällen und theils auch aus der Beobachtung der sogenannten Opiumfresser so ziemlich die Wirkungen des lange Zeit fortgesetzten Gebrauchs von Opium, aber diese Kenntniss bezieht sich nur auf Erwachsene. Muss es nicht von grossem Interesse sein, dergleichen bei einem Kinde kennen zu lernen? Verf. erzählt einen Fall, den wir, wie er in der Uebersetzung wiedergegeben ist, wörtlich kopiren wollen.

„Ein 6monatlicher Knabe", erzählt der Autor, „welcher einen Monat nach der Geburt von der Brust entwöhnt worden, und späterhin allabendlich durch ein Anodynum (Opium enthaltend) beschwichtigt worden war, zeigte, als er mir zur Behandlung übergeben wurde, folgende Symptome.

Das Gesicht hatte ein ausserordentlich entstelltes Ansehen, die Gesichtsfarbe war schmutzig bleich, die Augenlider, besonders die unteren, waren roth, geschwollen und sezernirten eine klebrige Masse, die Oberlippen waren pastös aufgetrieben, die Hautbedeckungen im Allgemeinen welk und von tiefen Falten durchzogen, welche sich besonders unterhalb der unteren Augenlider und von den Nasenlöchern schräg nach aussen und unten erstreckten. Dieses greisenhafte Ansehen trat, wenn das Kind schrie oder lachte, noch entschiedener und unangenehmer hervor. Jeder Anschein von Intelligenz, welcher selbst bei Kindern dieses Alters schon vorhanden zu sein pflegt, fehlte hier gänzlich; die

Grösse des Kindes war, wie die Mutter sagte, jetzt geringer, als am Tage seiner Geburt. Der kleine Patient war beständig unruhig und missgelaunt, schrie oft lange Zeit hindurch, ohne beschwichtigt werden zu können, und schien zuweilen an Leibschmerzen zu leiden. Der Appetit war immer sehr stark und bis zur Gefrässigkeit gesteigert; trotz der verhältnissmässig sehr grossen Massen von Ingesta stellte sich aber nur zuweilen Erbrechen ein, und zwar in derselben Weise, wie es bei Kindern dieses Alters der Fall zu sein pflegt. Die Stuhlentleerung war gewöhnlich einen bis zwei Tage lang unterbrochen und alternirte dann mit Diarrhoe, welche mit Kolikschmerzen verbunden war und dunkel gefärbte, fötide Massen herausbeförderte. Zuweilen bemerkte man einen profusen, den ganzen Körper überziehenden Schweiss.

Die nächste Kurmaassregel war das Verbot des bis jetzt dem Kinde gereichten Anodynums; ausser einer nahrhaften Diät wurden täglich kleine Dosen von Kalomel und Magnesia gegeben. Während der nächstfolgenden zwei Monate verlor sich allmälig jenes dekrepide Aussehen, der runzelige Zustand der Haut, der Appetit, die Darmentleerung und die übrigen Funktionen wurden normal und das Kind genas vollständig.

Später habe ich noch drei Fälle beobachtet, in denen durch die oben angegebene Schädlichkeit derselbe Symptomenkomplex hervorgerufen, aber durch dasselbe Verfahren beseitigt wurde, während ein viertes Kind als Opfer jenes Missbrauchs fiel."

5) Ueber Gangrän des Gesichts bei Kindern (38. Kap. S. 167—177.). Es ist hier vom *Cancrum oris* die Rede. Der Verf. bemerkt, dass bei Kindern die kutanen Gebilde eine besondere Tendenz haben, in Brand und Fäulniss überzugehen, wie dieses z. B. bei Intertrigo an der Schenkelbeuge oder Gesässfalte, Exkoriationen hinter den Ohren, nach Auflegung eines Blasenpflasters u. s. w., einzutreten pflegt. Was die Gangrän des Mundes betrifft, so war allen den vom Verf. behandelten Fällen eine akute Krankheit der Verdauungsorgane oder Lungenentzündung, Typhus, Variole, Masern oder Scharlach vorausgegangen, und die Verbrandung des Mundes schien somit Folge des durch die primitive Krankheit gesetzten Erschöpfungszustandes zu sein. Da nun in allen solchen entzündlichen und fieberhaften Krankheiten Kindern gewöhnlich Kalomel gegeben wird, so könnte man vermuthen, dass dieses Mittel die Hauptursache der Mundfäule sei, und in der That ist diese Ansicht auch bei Vielen herrschend geworden.

„Ich messe", sagt der Autor, „dieser Vermuthung keinen Glauben bei, da in einem der von mir beobachteten Fälle es konstatirt schien, dass vorher kein Kalomel gegeben worden, und ausserdem die Wirkung des genannten Mittels auf die Mundschleimhaut, wie heftig sie auch sein möge, sich doch deutlich von den Erscheinungen des in Rede stehenden Uebels unterscheidet. Dasselbe scheint vorzugsweise, vielleicht ausschliesslich bei Kindern vorzukommen, und zwar, wie sich aus der

Vergleichung der aufgezählten Fälle ergiebt, mehr bei Mädchen, als bei Knaben, und öfter im Winter, als zu jeder andern Jahreszeit."

Der Verf. giebt eine Schilderung der Mundfäule, die wir wohl nicht zu wiederholen brauchen. Er erzählt hierauf mehrere Fälle, von denen einige mit dem Tode endigten; mehrere dieser Fälle sind sehr instruktiv.

6) Einige Bemerkungen über Variole und Scharlach (39. Kap. S. 177. 178.). Dieser Abschnitt ist keines Auszugs fähig und wir theilen ihn daher wörtlich mit.

„*a*) Ein Knabe ward 14 Mal in verschiedenen Intervallen vakzinirt, ohne dass sich eine einzige Vakzinepustel entwickelt hätte. Es fragte sich nun, ob dieses, für die Kuhpocke ganz und gar nicht empfängliche Individuum sich in derselben Weise zur Variole verhalte.

Im Juli 1844 zeigte sich aber bei dem Knaben eine Eruption, welche aus Varizelle und Variole kombinirt war, welche jede ihren regelmässigen Verlauf durchmachte; einige der Variolpusteln hinterliessen ausgebildete Narben.

Dieser Fall scheint mir um deswillen interessant, als er uns einen Beweis giebt, wie unsicher der Patient gegen wahre Pocken sei, wenn auch die Kuhpockenimpfung ohne Erfolg geblieben, das gemeinsame Vorkommen der Variole und Varizelle scheint einigermaassen die Meinung Thomson's, dass nämlich die Varizelle ebenfalls eine Art modifizirter Variole sei, zu bestätigen.

b) Vor zwei Jahren hatte ich Gelegenheit, einen Fall von Scharlach zu beobachten, in welchem, nachdem die Krankheit ihren gewöhnlichen Verlauf durchgemacht hatte, die Eruption, das Fieber und die Angina mit Geschwulst der Parotiden zurückkehrten und zu einem tödtlichen Ausgange führten.

Dass das Scharlachfieber bei einem und demselben Individuum verschiedene Male in entlegenen Zeiträumen vorkommen könne, ist eine bekannte Thatsache; dass jedoch unmittelbar nach Beendigung des ersten Anfalls der zweite eintrete, habe ich einzig und allein in dem eben angedeuteten Falle wahrgenommen.

c) Wie es scheint, besitzt Chlor die Eigenschaft, das Ansteckungsprinzip des Scharlachs zu zersetzen oder zu zerstören. Dieses Prinzip wird wahrscheinlicher Weise ins Blut aufgenommen, und es ist darum unsere Aufgabe, dem Chlor ebenfalls auf möglichst vielen Resorptionswegen Eingang in das Blut zu verschaffen; man verbreite deshalb *Chlor* in der Atmosphäre des Krankenzimmers, wende es als Waschung auf die Hautoberfläche an und verordne es zum Gurgelwasser und innerlichen Gebrauche.

Den genaueren Modus dieses Verfahrens zu bezeichnen, ist unnöthig, da in jedem Falle dasselbe der Individualität anzupassen und Sorge zu tragen ist, dass das Mittel in geeigneter Form und Gabe angewendet werde."

7) Prophylaxis gegen Gehirnkrankheiten der Kinder (40. Kap. S. 178—185.). Nicht selten werden in einer und densel-

ben Familie mehrere Kinder nach einander von jener gewöhnlich als Hydrokephalus bezeichneten, tödtlichen Krankheit befallen, und es wird dann dem Arzte die Aufgabe gestellt, die noch lebenden oder nachgeborenen Kinder vor diesem gefürchteten Uebel, das in der Regel heretär ist, sicher zu stellen. Wie muss der Arzt hier verfahren? Nach des Verf. Ansicht kommt es vor Allem darauf an, die tuberkulöse Diathese zu bekämpfen und sie nicht zur Entwickelung kommen zu lassen. Dieses erreicht man am besten, wenn man alle uns zu Gebote stehenden Mittel anwendet, welche dem Körper im Allgemeinen und dem Gefässsysteme im Besondern Tonus und Energie zu verleihen im Stande sind. Folgende Momente sind hier zu beachten: *a*) Witterung. Vor den Nordostwinden des Frühjahrs und den auffallenden Sonnenstrahlen des Sommers muss man die gefährdeten Kinder schüzzen; Seeluft, und, wo diese nicht zu haben, wenigstens Landluft an trocken gelegenen, schattigen, vor Zugluft geschützten Orten. *b*) Diät. Die Kost sei vorzugsweise animalisch; leichtes Fleisch in kleinen Mengen drei Mal täglich, altes Weissbrod, weichgekochter Reis, mehlige Kartoffeln, letztere jedoch mässig, u. dergl.; die Kinder müssen früh zu Bette und lieber früh aufstehen. — *c*) Waschungen der ganzen Hautfläche mit Salzwasser (1 Unze Seesalz auf ½ Quart Wasser), worauf die Körper mit einem rauhen Handtuch so lange gerieben wird, bis die Haut lebhaft turgeszirt; die Füsse werden zuletzt auf dieselbe Weise behandelt. — *d*) Bekleidung. Flanell auf die blosse Haut, wollene Strümpfe; die Schuhe müssen vier Mal des Tages gewechselt werden; Hände und Füsse müssen immer vollkommen warm gehalten werden. — *e*) Bewegung, täglich, aber nie bis zur Uebermüdung. — *f*) Bäder, möglichst Seebäder, wobei aber sorgfältig darauf zu sehen, dass die Kinder beim Baden nicht kalt werden, oder beim Herausgehen aus dem Bade nicht blaue Lippen, kalte Hände oder Füsse bekommen. Vor Erkältung müssen die Kinder geschützt werden; mit nackten Armen und Beinen, wie es jetzt Mode ist, dürfen sie nicht gehen. — *g*) Geistesbeschäftigung sei niemals anstrengend; gut sind angenehme Zerstreuungen und gymnastische Uebungen. — *h*) Arzneien. Merkurialien sind zu vermeiden; man sorge täglich für eine Stuhlausleerung, mehr nicht; man gebe täglich drei Mal 5—10 Tropfen Stahlwein in einem Theelöffel voll Wasser; einen Monat darauf gebe man schwefelsaures Chinin; im dritten Monat verbinde man beide Medikamente; im vierten Monat lasse man diese Tonika weg und lasse täglich 1—2½ Weingläser voll Ale (bitteres Bier) nehmen; im fünften

Monat beginne man denselben Zyklus von Neuem. Später fügt der Verf. noch hinzu, dass die bedrohten Kinder im Bette stets mit dem Kopfe hoch liegen, keine Kopfbedeckung tragen müssen, und die Haare müssen stets durch eine Waschung von 1 Th. Alkohol und 3 Th. Wasser feucht gehalten werden. Wenn der Verf. endlich noch sagt, dass die Familien der an den Seeküsten wohnenden Fischer und der Fleischer in der Regel von Hydrokephalus und andern tuberkulösen Leiden frei bleiben, und zwar in Folge des wohlthätigen Einflusses der Seeluft und der Fleischdiät, so können wir diesen Satz nicht unterschreiben; denn wir haben in unserer Praxis gerade bei einem Fleischer 2 Kinder hintereinander durch tuberkulöse Meningitis verloren.

9) Ueber die Behandlung plötzlich eintretender Gehirnaffektionen bei Kindern.

Auch dieser kurze Abschnitt ist kaum eines Auszuges fähig; wir müssen ihn daher wörtlich mittheilen.

„Es ist eine wohlbekannte Sache", sagt der Verf., „dass etwa 14 bis 16 Tage nach Scharlachfieber, selbst wenn dasselbe gutartig und milde verlaufen, zuweilen heftige Anfälle von Gehirnleiden eintreten, die, wenn man ihnen nicht energische Bestrebungen entgegensetzt, in kurzer Zeit tödtlich werden." . . . . „Aehnliche Anfälle treten zuweilen auch auf, ohne dass Skarlatina vorangegangen sei. In einer mir bekannten Familie wurden zwei Kinder, ein Mädchen von 4½ und ein Knabe von 12 Jahren, innerhalb weniger Stunden durch jenes furchtbare Leiden dahingerafft. Die Symptome bei dem ersten Kinde beschränkten sich, wie aus den von mir gemachten Mittheilungen hervorgeht, auf übeles Aussehen, Schläfrigkeit, Starrheit der Augen; wenige Stunden darauf traten Konvulsionen und bald nachher der Tod ein."

„Das andere Kind, das 6 Jahre später erkrankte, klagte eines Morgens über leichten Kopfschmerz, ging aber aus, schlief nach seiner Heimkehr einige Stunden und schien darauf sich besser zu befinden. Um 3 Uhr Nachm. war der Puls ruhig und regelmässig. Der Patient schlief wiederum einige Stunden; beim Erwachen war der Puls intermittirend und hart, die Pupille erweitert. Bald darauf traten Kongestionen ein; als diese nachliessen, war Patient bewusstlos, der Puls schnell, aber nicht hart, die Haut heiss, der Blick schielend. Es wurden Blutegel und kalte Umschläge an den Kopf und Senfteige an die Füsse gelegt. Bald darauf, nachdem der Patient etwas zu sich gekommen war, traten die Konvulsionen wieder ein und nahmen nun bis zum Augenblicke des Todes an Heftigkeit zu. Der Puls variirte während dieses Leidens ausserordentlich, indem er bald hart und voll, bald weich und klein war. Das Gesicht zeigte sich blass, nur zuweilen flüchtig geröthet; der Kopf einige Mal heiss, sonst aber von gewöhnlicher Temperatur. Das Schlingvermögen war aufgehoben."

„Bei der Sektion fand sich allgemein Kongestion der Venen in-

nerhalb des Schädels und ein kleines Lymphexsudat auf der linken Hemisphäre."

Beide Fälle erklärt der Verf. für Kongestion nach dem Gehirn; allein bewirkt eine blosse Kongestion den Tod? Ist nicht vielleicht eine wirkliche Blut- oder Wasserergiessung als Folge der Kongestion eingetreten? Der vorgenannte Sektionsbericht spricht nur von einem geringen Lymphexsudat. Kann ein so geringes Exsudat die Ursache des Todes sein? Die Fälle haben viel Analoges mit dem sogenannten „Wasserschlag" von Goelis. — Was die Behandlung betrifft, so muss sie, wie der Verf. ganz richtig bemerkt, äusserst energisch sein: Aderlass aus der *Vena jugularis* oder *brachialis* bis zur Ohnmacht, Brechmittel, Klystiere, abführende Mittel, Merkurialien, kalte, spirituöse Waschungen des Kopfes, Blasenpflaster in die Nackengrube, Senfteige an die Füsse und endlich Dusche auf den Kopf.

10) Ueber die Behandlung der seitlichen Rückgratsverkrümmungen (42. Kap. S. 187.). Nach dem Verf. sind die orthopädischen Mittel gegen seitliche Rückgratsverkrümmungen: geeignete Körperlage, Streckung, Druck, Schnürbrüste, Friktion und gymnastische Uebungen. Er sucht zu zeigen, dass keins dieser Mittel dem Zwecke vollkommen entspricht, denn es ist nicht nur eine Wiederherstellung der natürlichen Form nothwendig, sondern auch eine normale Ernährung der schwachen und atrophischen Muskeln und eine Kräftigung und Erhebung des ganzen Organismus. Zur Wiederherstellung der Form ist ein Apparat nothwendig, der nirgends drücke. Zu diesem Zwecke soll man, nach dem Verf., vermittelst Rückenlage, Strekkung und Druck erst eine normale Form hervorbringen, dann einen Gypsabguss darüber machen und nach der hiervon genommenen Gypsform einen Wachsabdruck; diesem werden nun die Stahlfedern des Schnürleibs angepasst oder man bringt Kupferressorts durch galvanischen Niederschlag auf die Wachsform hervor; die Federn werden mit weichem Leder überzogen und schwach wattirt; daraus wird eine Schnürbrust gefertigt, die man so eng, als nöthig, zusammenziehen muss. Zwar versichert der Verf., dass ein so angefertigter Apparat keinen partiellen oder schädlichen Druck hervorrufen, keine gezwungene Stellung bedingen, dem Gebrauche der Muskeln kein Hinderniss entgegensetzen, und auch bei aufrechter Körperstellung letztere in ihrer normalen Lage erhalten wird; zwar versichert der Verf. dieses Alles, aber wir trauen ihm nicht: denn wir begreifen wohl, dass eine so angefertigte Schnürbrust eben so gut drücken, beengen und bei veränderter Körper-

lage an Wirksamkeit verlieren muss, wie jeder andere Apparat. Man bedenke wohl, dass um den Abguss für die Federn zu nehmen, die Seitenkrümmung nur durch einen Druck und durch Streckung ausgeglichen werden soll, und dass folglich die später von dem Abguss erlangten Federn diesen Druck und diese Streckung fortsetzen und unterhalten müssen, widrigenfalls der Körper in die Seitenverkrümmung zurückversinkt; auch folgt daraus, dass bei veränderter Körperlage der Schnürleib, mag es noch so elastisch verfertigt sein, unmöglich sich immer so anschmiegen kann, und dass folglich der Apparat ungenügend sein muss. Der Verf. sagt selbst, der Apparat werde auf jeden hervorragenden Punkt einen wirksamen Druck ausüben und gymnastische Uebungen vollkommen gestatten. — Dann rathet der Verf., um den atrophischen oder geschwächten Muskeln, wie sie von der Konvexität der Rückgratsmuskeln vorkommen, ihre Stärke und regelmässige Ernährung wiederzugeben, die Reibung so anzuwenden, dass das eintritt, was der Verf. reaktive Muskelwirkung nennt.

Wenn wir, sagt er, auf irgend einem gegebenen Punkt der Wirbelsäule des aufrecht sitzenden, nicht unterstützten Kranken mit dem Finger drücken, so wird jeder unterhalb dieses Punktes befindliche Muskel nothwendigerweise in einen Zustand von Thätigkeit versetzt, welche in Bezug auf Intensität dem ausgeübten Drucke gleichkommt. Nur wenn der Patient dem Drucke weicht, kann jene Muskelaktion nicht zu Stande kommen. Wir haben es somit, meint er, in unserer Macht, die an jeder Seite der Wirbelsäule belegenen zahlreichen Muskeln durch Druck oder Reibung in Thätigkeit zu setzen, durch das Maass der angewendeten Druckkraft zu bestimmen. Die Details der zu diesem Zwecke angewendeten Manipulationnn sind folgende: Während der Patient ununterstützt in aufrechter Stellung sitzt, fährt man längs der Wirbelsäule mit den Händen abwechselnd nach oben und nach unten, anfangs mässig, dann fester drückend, hin. So wird in jedem Augenblicke eine neue Muskelgruppe zu spezieller Thätigkeit aufgerufen und nach und nach das ganze System der Rückenmuskeln zur Kontraktion angeregt.

Also durch den Druck und die Reizung eines Punktes der Wirbelsäule werden, wie der Verf. versichert, die unterhalb dieses Punktes belegenen atrophischen und geschwächten Muskeln in Thätigkeit versetzt und zu einer von unserem Willen zu bestimmenden kräftigen Ernährung befähigt, wodurch dann die Wirbelsäule mehr Kraft gewinnt, sich in normaler Stellung zu erhalten. Die Theorie ist hier

ganz richtig; durch Reizung eines Punktes des Rückenmarks müssen die unterhalb des Punktes liegenden Muskeln zur Thätigkeit und zu grösserem Leben angeregt werden. In praxi stellt es sich jedoch anders; wir können nur auf die Rückenwirbel reizend wirken, und nicht direkt aufs Rückenmark und wenn von jenem auf dieses sich auch ein Theil der Reizung überträgt, so ist doch dieser durchaus nicht stark genug, um alle Muskeln, besonders die atrophischen, in Thätigkeit zu setzen, wie man sich leicht überzeugen kann, wenn man derartige Versuche macht.

Wir schliessen die Analyse dieser Sammlung von Beobachtungen und Vorschläge. Sie sind ganz des berühmten Verfs. würdig, und die vielen Abschnitte, die nicht in das Gebiet unserer Betrachtungen fallen konnten, sind meistens alle von so grossem Interesse, die Sprache ist eine so einfache, die Uebersetzung ist so fliessend und so angenehm lesbar, dass wir nicht umhin können, die Anschaffung dieser Ausgabe allen praktischen Aerzten dringend zu empfehlen, zumal da die deutsche Ausgabe sehr billig ist, wenigstens viel billiger, als die englische.

Zur Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten.

(*A Practical Treatise on the diseases of Children, by James Milman Coley M. D. London 1846. 8. 460 pag.*)

Auf dem Titelblatte schon nennt der Verf. sich Autor einer Abhandlung über das remittirende Kinderfieber, ferner eines Versuchs über phlegmonöses Erysipelas, Skirrhoiden, Keloiden und Kankroiden. Wir wollen offen gestehen, dass uns keine dieser Abhandlungen des Hrn. Verfs. bekannt ist; wir können demnach auf diese sogenannten *Titres antérieurs* beim Durchgehen dieser Schrift keine Rücksicht nehmen. Mehr haben wir an das zu denken, was der Verf. in der Einleitung sagt; er bemerkt nämlich, es sei dieses, das hier folgende Werk, die Frucht einer 40jährigen medizinischen und chirurgischen Praxis und zugleich das Ergebniss alles Dessen, was bisher über Kinderkrankheiten in England, Deutschland und Frankreich veröffentlicht worden ist. Diese Angaben müssen wir im Auge behalten, wenn wir an das uns hier übergebene Werk wohlbegründete Anforderungen stellen und zusehen, ob diesen unseren Anforderungen genügt ist.

Zuvörderst bemerken wir, dass wir ein systematisches Inhaltsverzeichniss sehr ungern vermisst haben; wir sind gezwungen gewesen,

den Versuch zu machen, uns selber eine Uebersicht zu verschaffen, auf welche Weise und nach welchem Prinzip der Verf. die Krankheiten geordnet hat. Dieser Versuch ist uns vollständig misslungen; wir haben, aller Anstrengung ungeachtet, auch nicht im geringsten ein Prinzip ausfindig machen können, dem der Verf. gefolgt wäre. Bisweilen schien es uns, als ob der Verf. die Krankheiten nach den Theilen geordnet hätte, nach denen sie vorkommen; allein es war dem nicht so. Wir finden in der That dieses Werk als ein zufälliges, durchaus unsystematisches Aggregat von Kinderkrankheiten, deren Darstellungen blos an einander geheftet sind, und mit denen wir daher nur insofern zu thun haben, als es uns darauf ankömmt zu wissen, ob sie vollständig und den Anforderungen der Jetztzeit genügend sind. Das Werk beginnt mit den Nabelkrankheiten. Diese sind durchaus dürftig bedacht, und wir können sie füglich übergehen; gegen den Nabelbruch empfiehlt er, aus Leder, welches mit Heftpflaster überstrichen ist, durch regelmässige auf einander gelegte Schichten eine kleine kegelförmige Pelotte zu bilden, diese aufzusetzen und durch einen Heftpflasterstreifen zu befestigen. — Gegen angebornen Leistenbruch sowohl, wie gegen den erlangten, empfiehlt er ein federndes Bruchband. —

Gegen Brucheinklemmungen bei Kindern räth der Verf., bevor man zur Operation schreitet, eine Saugepumpe an den After zu setzen und durch starkes Anziehen den Versuch zu machen, den Darm zurückzuziehen; oder auch sehr viele und bedeutende Klystiere von warmer Grütze zu machen, wie Lawrence es mit Glück gethan hat. Wetherhead machte die Punktur der Bruchgeschwulst mit einem feinen Troikar, in der Absicht die Geschwulst von dem Gase zu entleeren, und sie dadurch zum Einsinken und zur Reduktion zu bringen. Seitdem ist mit diesem Verfahren wieder erst 1840 von Dr. Dacer ein Versuch gemacht worden. Er machte in die Geschwulst des eingeklemmten Bruches mit einer langen feinen Nadel zwei Einstiche und erlangte den schönsten Erfolg. Ein in neuerer Zeit vorgeschlagenes Mittel, nämlich die Darreichung grosser Gaben Opium, ist wohl bei Kindern nicht anwendbar. Das sicherste Mittel gegen den eingeklemmten Bruch bleibt jedoch die Operation, nur darf sie nicht zu lange aufgeschoben werden, wenigstens so lange nicht, bis Empfindlichkeit, Gereiztheit und Entzündung eingetreten sind. Unterscheidet sich die Operation des eingeklemmten Bruches bei Kindern von der bei Erwachsenen? Der Verf. spricht hier sehr Vieles, das er füglich hätte sparen können; denn weder ist etwas Neues darin enthalten, noch findet über-

haupt irgend ein Unterschied zwischen der Bruchoperation bei Erwachsenen und der bei Kindern statt.

Gegen Kephalämatom verwirft er die Operation und verordnet Umschläge von Salmiaksolution, Einreibung von Jodkaliumsalbe, von Merkurialliniment.

Höchst dürftig sind die Abschnitte über *Atresia ani*, Klumpfuss, Augenaffektionen und viele andere Gegenstände. Das Wenige, was hier gesagt ist, bezieht sich eben so sehr, ja noch mehr auf Erwachsene, als auf Kinder. Wir wollen jedoch einige Abschnitte, die wir noch für die besseren halten, unsern Lesern wörtlich vorlegen, damit sie erkennen, wie der Verf. sich in seiner Darstellung benimmt.

„Pustularophthalmie. Die Kinder, welche ich zu dieser Krankheit am meisten geneigt fand, sind die zarten, von skrophulösen Eltern abstammenden Geschöpfe, die am remittirenden Fieber gelitten haben. Diese Ophthalmie erscheint in Form kleiner Bläschen oder Pusteln auf der äussern oder mukösen Membran des Auges, welche denselben Affektionen unterworfen ist, wie die Kutis und andere Schleimhäute. Es ziehen sich von jeder Pustel mehrere hervorragende rothe Bläschen quer gegen den äussern und innern Augenwinkel, und hat die Affektion nahe dem Rande der Hornhaut ihren Sitz, so schneidet sie an diesem scharf sich ab und wird bogenförmig in Folge der eigenthümlichen Verbindung zwischen Hornhaut und Bindehaut. Bisweilen erscheinen mehrere Pusteln zu gleicher Zeit und auch die über die Kornea sich erstreckende Fortsetzung der Konjunktiva wird von ihnen ergriffen und dann von rothen Gefässen durchzogen. Hier pflegt sich die Folge der innigen Verbindung der Konjunktiva mit der Hornhaut und des von letzterer gebotenen Widerstandes Absorption und Perforation der Hornhaut zu bilden und die Sehfähigkeit zu gefährden. Das Pustelchen, das sich bildet, ist gewöhnlich rund und hervorragend und bewirkt eine Reizung der Augenlider; bisweilen aber verbreitet es sich auf die die Sklerotika bedeckende Schleimhaut und besonders da, wo die Verbindung dieser beiden letztgenannten Membranen eine sehr lockere ist. Die Eruption zeigt zuerst Bläschen, die aber bald zu Pusteln sich gestalten, und erscheint bei einigen Kindern, sobald sie sich erkältet haben. Meistens ist die Krankheit mit grösserer oder geringerer Entzündung der Tarsalhaut verbunden, aber nicht in so auffallender Weise, wie bei der skrophulösen Ophthalmie."

„Behandlung. Augenwasser aus 2 Gran Silbernitrat auf 1 Unze Wasser; jeden dritten Tag eine Purganz aus Kalomel und Jalappe; ferner jeden Abend Einreibung der folgenden Salbe auf den innern Rand jedes Augenlides: *℞ Hydrarg. nitric. oxyd. pulver.* gr. x, *Adipis* ℥ij. *M. fiat unguentum.* Erstreckt sich das Geschwür durch die Hornhaut, so ist die tägliche Anwendung von Höllenstein in Substanz, mit einem Pinsel aufgetragen, erforderlich."

„Skrophulöse Ophthalmie. Diese Krankheit findet man bei Kindern von 1 bis 6 Jahren. Diejenigen, die ihr am meisten unterworfen sind, zeigen das, was man skrophulöse Diathesis nennt, nämlich:

helles Haar, blaue Augen, zarte Haut, dicke Lippen, grosse Reizbarkeit und frühzeitige Verstandesentwickelung; oder auch schwarzes Haar, brünette dicke Haut, geistiger Torpor, träge Zirkulation und lange Augenwimpern. Die Unfähigkeit das Licht zu ertragen, und die Kraft, mit den Muskeln das Auge zu verbergen, ist so gross, dass es fast unmöglich, die Augenlider aus einander zu bringen, um das Auge zu untersuchen und zu besichtigen. Die skrophulöse Ophthalmie beginnt mit einer geringen Röthe auf der Bindehaut, einer dunkleren Röthe in der Tarsalmembran, zunehmender Empfindlichkeit gegen das Licht, starker Thränenabsonderung und häufigen plötzlichen Zusammenziehungen der Augenlidmuskeln. Der Kranke strebt sich immer vom Lichte abzuwenden und sucht stets einen dunkeln Winkel des Zimmers, stellt sich mit dem Rücken gegen die Lichtseite und hält fast beständig die Hand über den Augen, um namentlich die Morgen- und Mittagssonne abzuhalten. Diese Photophobie ist charakteristisch, besonders wenn etwas Röthe oder wirklicher Schmerz vorhanden ist; sie bezeichnet einen äusserst empfindlichen Zustand der Retina, welche grösstentheils nachlässt, sobald die Sonne dem Westen sich zuwendet, so dass man meistens die Kinder, die des Morgens und bei Tage die Augen fest zugekniffen haben und jeden Lichtstrahl scheueten, gegen Abend behaglich mit offenen Augen spielen sieht. Der *M. orbicularis palpebr.* und die *MM. corrugatores supercil.* sind es, welche unterstützt von den Muskeln des Antlitzes und denen der Mundwinkel die Augenlider schliessen, und ihre stete Kontraktion am Tage giebt dem Antlitze einen eigenthümlichen Ausdruck. In kurzer Zeit sieht man rothe Gefässe über die Bindehaut und bisweilen über die Hornhaut hin sich verzweigen; oft erscheinen kleine Pusteln, welche in Ulzerationen überzugehen und die Hornhaut zu durchbohren geneigt sind. Nach Einigen sollen diese Pusteln, besonders bei brünetten Kindern vorkommen, während die nur mit Serum gefüllten und leichter heilbaren Bläschen vorzüglich bei blonden Kindern häufig sein sollen. In manchen Fällen soll Ulzeration der Hornhaut eintreten, ohne dass eine Pustel oder Bläschen vorangegangen ist, und diese Ulzeration erscheint wie eine becherförmige flache Vertiefung, gleichsam als ob ein Stückchen aus der Hornhaut ausgeschnitten worden wäre; diese Stelle ist jedoch vollkommen durchsichtig, Entzündung der Meibom'schen Drüsen oder kleine Pusteln der Augenlider pflegen sich auch hinzuzugesellen. — Die Wirkungen der skrophulösen Ophthalmie sind bisweilen sehr ernsthaft, z. B. Iritis, destruktive Ulzeration der Hornhaut mit Vorfall der Iris, Trübung der Hornhaut, Staphylom oder Pannus."

„Unter den veranlassenden Ursachen der skrophul. Ophthalmie nennen einige Autoren auch Würmer und Dentition; ich bezweifele aber, dass diese hier Geltung finden können. Jedoch ist es keine Frage, dass diese Ophthalmie oft eine Folge der Masern, Pocken und des Scharlachfiebers ist, zumal da diese Kranken, besonders die beiden ersteren, fast immer von Konjunktivitis begleitet sind."

„Behandlung der skrophulösen Ophthalmie. Es muss sowohl die Konstitution des Kranken als das örtliche Leiden in Betracht gezogen werden. Man muss bedenken, dass skrophulöse Subjekte reizbar, entzündlich, schwach und nicht fähig sind, grosse Anstrengung oder lange Zeit Stubenluft ohne Nachtheil zu ertragen. Solchen Kranken muss man daher Landluft, die Vermeidung jeder Er-

kältung, ferner regelmässige, aber nicht zu anstrengende Bewegung anempfehlen; die Kranken müssen ferner spätes Mittagessen, spätes Aufbleiben, erhitzende, schwer verdauliche, teigige, mehlige Nahrung vermeiden. Kurz, jeder Missbrauch im Essen und Trinken, welcher bei gesunden Subjekten allenfalls durch Ruhe oder schmale Kost von selber wieder gut wird, steigert oder erregt die Krankheit bei einem skrophulösen Subjekte. Dasselbe gilt von der Bekleidung. Bei Einigen herrscht in dieser Beziehung das lächerliche Vorurtheil, die Kinder der Kälte auszusetzen, um sie abzuhärten. Vielleicht beruht dieses Vorurtheil auf einer Bemerkung des alten Locke, welcher in seiner Abhandlung über die Erziehung des Menschen zuerst empfahl, die Kinder an die Kälte zu gewöhnen. Allein jedes junge Thier erfordert Wärme und aus den Berichten der K. Ackerbaugesellschaft von England geht hervor, dass das Gedeihen und vollkommene Wohlbefinden reiferer Thiere durch Wärme sehr befördert wird. Der Genuss der freien Luft bei gutem Wetter ist durchaus empfehlenswerth, aber es muss Sorge getragen werden, durch eine der Jahreszeit angemessene Kleidung die thierische Wärme auf der Oberfläche des Körpers zusammenzuhalten."

„Was die innerlich zu gebenden Arzneimittel betrifft, so müssen wir unser Augenmerk vorzüglich auf Purganzen richten, auf die wir Tonika folgen lassen. Das beste Purgans ist hier Kalomel mit Jalape, welches jeden dritten Morgen wiederholt werden müsste; das beste Tonicum ist das schwefelsaure Chinin zu ½ bis 1 Gran dreimal täglich. In einigen Fällen, wo die Photophobie das dringendste Symptom ist, wirkt das Chinin fast spezifisch gegen dasselbe. In anderen Fällen ist das Eisenoxyd das beste tonische Mittel, und wenn eine unregelmässige Darmthätigkeit, ein aufgetriebener Leib und Abmagerung vorhanden sind, so kann einen Abend um den andern *Hydrargyrum cum Creta* in Verbindung mit Rhabarber mit grossem Vortheile angewendet werden. Vom Dr. Hamilton in Dublin wird behauptet, dass der Sublimat den Kindern innerlich zu $\frac{1}{16}$ bis $\frac{1}{12}$ Gran gereicht die skrophulöse Ophthalmie sehr schnell beseitigt."

„Was die örtlichen Mittel betrifft, so wird das *Vinum Opii*, oder Tropfen aus gleichen Theilen Opiumtinktur und Wasser bereitet, grosse Erleichterung bringen und die Photophobie bedeutend vermindern. Middlemore lobt das *Vinum Opii* nur dann, wenn nicht kleine Phlyktänen vorhanden sind. In diesem Falle hält Lawrence den Battley'schen *Liquor Opii sedativus* für besonders passend. Sind solche kleine Pustelchen vorhanden, so ist das Eintröpfeln einer Höllensteinlösung besonders wirksam und sollte 2—3mal täglich angewendet werden. Um die Höllensteinauflösung ins Auge zu tröpfeln, thut man am besten, wenn man einen Federkiel wie eine Schreibfeder zuspitzt, unten etwas abrundet und ihn zwischen die Augenlider schiebt; damit kann man jede beliebige Anzahl von Tropfen ins Auge führen. Ist die Hornhaut geschwürig geworden, bleibt das Geschwür stationär, zeigt es keine Neigung zur Heilung, so muss man es täglich oder jeden zweiten oder dritten Tag mit einem griffelartig zugespitzten Höllensteinstift betupfen. Dr. Hocken lehrt, dass die Photophobie und das Thränenträufeln schnell beseitigt werden, wenn man die obere Fläche der obern Augenlider mit Höllenstein überzieht; eine bis zwei solcher Applikationen genügen. Es scheint, dass auf diese Weise auf die Filamente des *Ramus ophthalmicus* des fünften Paares und auf die

Retina gewirkt und dass so die Kontraktion der Pupille, die unüberwindliche Schliessung der Augenlider, das Thränenträufeln und die Photophobie durch diese Art von Paralysirung der Nerven beseitigt werden. Furnival in Hertfort giebt an, dass, wenn man die Jodtinktur äusserlich auf das obere und untere Augenlid anwendet, dieselbe gute Wirkung erzielt wird. Dr. Hildreth in Tancaville in Amerika versichert, dass eine aus 10, 20 oder 30 Tropfen Kreosot und 1 Unze Quecksilbersalbe bereitetes Unguent, unter das Augenlid gebracht und auf das Auge vertheilt, bisweilen ein besseres Mittel ist als das Silbernitrat. Hat sich das Geschwür durch die Hornhaut Bahn gemacht, so muss Morgens und Abends Belladonnaextrakt, mit Wasser oder Oel verdünnt, auf die Augenbraunen eingerieben werden, um eine Verwachsung der Iris mit der Geschwürsöffnung zu verhüten. In solchem Falle muss statt der Höllensteinsubstanz eine Höllensteinauflösung benutzt werden, das Auge muss vor dem Lichte geschützt werden, aber in der Art, dass die Luft freien Zugang hat."

„Nachdem die Krankheit beseitigt worden, muss grosse Aufmerksamkeit auf die Lokalität des Kranken verwendet werden; er muss namentlich eine kalte und feuchte Atmosphäre vermeiden; zweimal die Woche muss der Darmkanal durch Salze und Senna in Thätigkeit gesetzt werden, eine Fontanelle ist anzulegen und eine Zeit lang am Arme zu unterhalten; besonders wirksam zeigt sich der Aufenthalt an der See während der Monate Juli und August. Bisweilen setzen sich kleine Portionen Lymphe auf die Pustel oder das oberflächliche Geschwür, aber wie bei der Pustularophthalmie wird diese Lymphe auch hier allmälig absorbirt und es bleibt die Hornhaut klar zurück."

Man sieht, dass der Verf. diese Artikel sehr unsystematisch und sehr oberflächlich behandelt hat, obwohl er manches Neue uns mittheilt. So geht es mit allen übrigen Artikeln; die meisten sind sehr mangelhaft und viele äusserst dürftig dargestellt. Wir thun daher wohl am besten, wenn wir das, was uns neu erscheint, und von dem wir glauben, dass es für unsere Leser von Interesse sein kann, aus dem Buche herausziehen und ihnen vorlegen.

„Skrophulöse Iritis. Diese unterscheidet sich von der einfachen akuten Iritis durch dieselbe partielle Zona, welche bei der chronischen Entzündung der Iris zu bemerken ist, ferner durch einen Fleck oder Röthe der Hornhaut, welche durch die rothen Gefässe, die längs den tiefsitzenden Lamellen verlaufen, bewirkt wird: durch das Fehlen der Lymphe auf der vordern Fläche der Iris in langdauernden Fällen, durch dieselbe Unregelmässigkeit in dem Pupillarrande, wie sie in der eben beschriebenen chronischen Iritis eintritt, durch eine bemerkenswerthe Wolkigkeit der wässerigen Feuchtigkeit und durch eine viel grössere Photophobie, als bei der akuten idiopathischen Iritis einzutreten pflegt. Die Resultate der langdauernden skrophulösen Entzündung sind Ablagerungen von Lymphe auf die Iris, Adhäsion derselben und eine Verwachsung der Pupille. — Ein sehr aktives Verfahren ist hier nothwendig; man lege Blutegel an das untere Augenlid und gebe dem Kinde zweimal täglich 1 Gr. Kalomel und 2 Gr. Antimonialpulver.

Man kann es bis zur Affektion des Mundes kommen lassen; ist aber doch das Uebel dabei nicht beseitigt, so soll man nach Middlemore das schwefelsaure Chinin zu $\frac{1}{4}$ — 1 und 2 Gr. dreimal täglich geben. Blasenpflaster und ein Haarseil im Nacken oder eine Fontanelle auf dem Arme mögen die Kur dann vervollständigen."

Gegen permanente Pupillarmembran, wenn sie an beiden Augen vorhanden ist, empfiehlt der Verf. nach Middlemore eine feine Nadel durch die Hornhaut einzuführen, um die Membran abzulösen; reicht die Nadel nicht aus, so muss man das Messer nehmen, und kann man die Membran nicht auf einmal ablösen, so muss man die Operation mehrmals wiederholen.

„Morbillar-Kapselkatarakt. Ich habe", sagt der Verf., „bei zwei Kranken Kapselkatarakt nach Masern stehen sehen. Bei einem jungen 10 Jahre alten Mädchen bildete sich schnell auf der Mitte der Kapsel eine Verdunkelung und hatte ein sternähnliches Ansehen, wie der angeborene Katarakt. Da noch ziemlich viel Sehvermögen zurückblieb, so hielt ich eine Operation nicht für nöthig, und Hr. Lawrence, der die Kranke sah, war derselben Meinung. Merkwürdig ist, dass während der 10 Jahre, die darauf folgten, sich auch nicht im geringsten etwas verändert hat; die Trübung auf der vordern Seite der Kapsel blieb dieselbe, und gestattete, da der Ueberrest der Kapsel durchsichtig war, das Sehen vollkommen. — Der andere Fall betraf ein 6jähriges Mädchen; vor einem Maseranfalle hatte es die schönsten Augen; bei dem Maseranfalle wurde es vollkommen blind; ich sah es 4 Jahre darauf und entdeckte eine Trübung der Kapsel; ich operirte an beiden Augen zugleich und hatte das Glück, das Kind vollkommen herzustellen."

„Hordeolum. Es giebt Kinder, die sehr oft hinter einander ein Gerstenkorn am Auge bekommen; es sind dies besonders skrophulöse Kinder; sie bedürfen einer allgemeinen Behandlung: man gebe ihnen einen Abend um den andern eine Dosis Kalomel und am Morgen darauf einen Sennaaufguss mit Bittersalz. Auf den innern Rand des Augenlides reibe man etwas schwache Quecksilbersalbe ein; Middlemore empfiehlt das schwefelsaure Chinin."

Hautkrankheiten. Wir haben hier nur sehr wenig mitzutheilen, denn wir finden nichts Neues. Nur über Pemphigus haben wir Stokes anzuführen, den der Verf. zitirt. In den *Dublin Medical and Physical Essays* Band I. beschreibt Stokes eine eigenthümliche Spezies von *Pemphigus infantilis*, die er *Pemphigus gangraenosus* nennt. Diese Krankheit kömmt vorzugsweise bei Kindern armer Leute, welche in feuchten und ungesunden Gegenden leben, zwischen dem vierten und fünften Jahre vor. Die Annäherung dieser Krankheit verkündigt sich bisweilen, obwohl selten, durch eine livide Röthe, wie beim Erysipelas, mit etwas Erhebung. Häufiger jedoch

geschieht's, dass die Krankheit bei voller Gesundheit sich einstellt. Es zeigt sich ein Bläschen oder eine Anzahl derselben, welche meistens grösser sind, als die deutlichste Pockenpustel; während 2—3 Tagen nehmen die Bläschen zu, bersten und entleeren eine dünne Flüssigkeit, die einen unangenehmen Geruch hat, meistens klar, bisweilen weisslich und bisweilen gelblich ist; gewöhnlich ist die Flüssigkeit um so dünner, je schwächer die Konstitution des Kindes ist. Vorher oder nachdem die Blasen aufgebrochen sind, laufen sie zusammen; das Geschwür ist schmerzhaft, mit Substanzverlust verbunden und hat eine dünne, stinkende jauchige Absonderung. Die Ränder des Geschwürs sind unterminirt und es dehnt sich schnell aus. Der häufigste Sitz der Krankheit ist hinter den Ohren, bisweilen auf den Händen oder Füssen, auf den Geschlechtstheilen, auf den Brüsten, den Schenkelfalten, unteren Bauchgegend und auf der Innenseite der Wangen oder Lippen. Ist das Geschwür hinter den Ohren, so zerstört es die Verbindung des hintern Knorpels mit dem Kopfe und verbreitet sich auf den *Matus auditorius*. In einem Falle hatte sich das Geschwür auf das Auge verbreitet und dasselbe zerstört.

Die allgemeine Störung, welche diese Krankheit begleitet, scheint die Wirkung der Reizung zu sein. Wenn die Blasen bersten, so wird das Kind verdrüsslich, mürrisch, bleich, verliert seinen Appetit und das Fleisch wird auffallend welk. Die Dauer der Krankheit ist nicht immer dieselbe; aber oft geschieht's gegen den achten Tag, dass der Puls sinkt, die ganze Geschwürsfläche ein livides Ansehen bekömmt und die Jauche und deren Gestank zunimmt. Letzterer ist so stark, dass er schon in ziemlicher Entfernung vom Bette wahrgenommen werden kann. In einem Falle, wo die Geschwüre die Armbeugen und die Brüste einnahmen, war die Ausleerung so bedeutend, dass die Wäsche mehrmals des Tages vollkommen damit getränkt war. Der Tod trat gegen den zehnten und zwölften Tag der Krankheit ein, indem ihm oft Konvulsionen, bisweilen sehr grosse Schwäche vorangingen. Wenn Heilung eintrat, so überhäuteten sich die Geschwüre, bald kam aber die Krankheit von Neuem zum Vorschein.

Die Ursachen dieser eigenthümlichen Art von Pemphigus sind sehr dunkel. Sie scheint sich besonders auf Kinder zu beschränken. M' Donnel sah 20 Fälle von dem Jahre 1795; alle die Kranken waren unter vier Jahre alt; Dr. Spear bemerkte, dass die Krankheit sich auf Kinder vom dritten Monat bis zu 5 Jahren beschränkt; aber bei Dublin hat man auch Kinder von 9 Jahren daran leiden sehen. Sie

ergreift die blonden, zarten Kinder vorzugsweise; die Kinder der Armen mehr als die der Reichen, und besonders die Kinder Derjenigen, welche in feuchten Gegenden wohnen. Die Krankheit ist häufiger im Sommer als im Winter; sie scheint ansteckend zu sein, obwohl das noch nicht ausgemacht ist; allein im Jahre 1800 verbreitete sie sich epidemisch.

Die Behandlung des *Pemphigus gangraenosus*, welche sich besonders in Irland wirksam erwies, bestand in Kataplasmen von Hafermehl mit Porterbier oder Karottenbrei. Diese Kataplasmen wurden 8 Tage lang angewendet, nachher wurde eine Salbe aus den Blättern der *Scrophularia nodosa*, die in England sowohl wie in Irland häufig wild wächst, angewendet. Diese Salbe, die sich unter dem Namen *Unguentum Scrophulariae* in der Dubliner Pharmakopoe findet, wird erweicht und dann mit einer Feder aufgestrichen. Alle 4—6 Stunden wird dieser Verband wiederholt und dann wird ein Pflaster durch Zusatz von etwas Wachs von derselben Salbe bereitet, aufgelegt. Während der Kur muss stets für die Leibesöffnung gesorgt werden.

Gegen *Impetigo figurata* empfiehlt der Verf., wenn sie hartnäckig ist, eine Salbe aus 2 Drachmen feingepulverter *Cocculi Indici* auf 1 Unze Fett, womit jeden Abend die Theile eingerieben und dann mit einer Wachstafftkappe bedeckt werden müssen. Die Stellen dürfen nicht mehr als 1 bis 2 Mal täglich gewaschen und dann mit Wachstafft bedeckt werden.

Gegen *Porrigo larvalis* oder *Crusta lactea* empfiehlt der Verf. folgendes Verfahren: Im Anfange der Eruption müssen die Stellen fleissig mit lauwarmem Wasser oder dünner Grütze gewaschen werden. Sobald aber eine Inkrustation sich gebildet hat, werde täglich 2 Mal eine Salbe angewendet, bestehend aus 2 Skrup. weissen Präzipitats und 1 Unze Fett. Während des Gebrauchs der Salbe muss das Kind jeden Tag eine Dosis Kalomel mit Jalappe zum Abführen bekommen. Der Verf. sagt, er habe keinen Fall gesehen, der nicht binnen wenigen Wochen auf diese Weise geheilt worden.

Gegen *Porrigo furfurans*, worunter der Verf. einen aus ganz kleinen Knötchen und kleienartigen Abschuppungen bestehenden Kopfausschlag versteht, empfiehlt er folgendes Verfahren: Der Kopf werde mit warmem Wasser gewaschen und nachdem das Haar mit weisser Leinewand abgetrocknet worden, werde eine Salbe, bestehend aus 1 Unze Fett, 2 Skr. Zinksulphat und 2 Skr. Alaun, eingerieben. Bisweilen reicht Olivenöl allein hin, eine Heilung zu bewirken. Bateman empfiehlt Abrasiren

des Kopfes, ferner die Kokkelssalbe oder das *Unguentum Hydrargyri nitratis* oder auch eine Salbe von Theer mit Schwefel.

Gegen *Porrigo lupinosa*, die er von der *Porrigo favosa* unterscheidet und worunter er trockene kreisrunde Schorfe von gelblich weisser Farbe, die tief in der Haut sitzen, erhabene Ränder haben und vertieft sind, versteht, empfiehlt er die wiederholte Anwendung von *Unguentum Hydrargyri nitratis*, nachdem die Schorfe durch Kataplasmen abgeweicht worden sind; dabei muss einen Tag um den andern ein Abführmittel von Kalomel mit Jalappe gegeben werden; das Abrasiren des Haars hält er nicht für nöthig.

Porrigo scutulata, worunter der Verf. den eigentlichen *Ringworm of the Scalp* der Engländer versteht, ist ein Kopfausschlag, der Klumpen kleiner gelber Pusteln darbietet, welche Krusten bilden, die zuerst dünn sind, dann aber durch Absonderung immer neuer Materie dicke lockere, bisweilen fluktuirende Borken werden. Der Ausschlag hat einen Knoblauchgeruch, und so wie die Krankheit vorrückt, wird das Haar brüchig, die Haarzwiebeln sterben ab und das Haar fällt aus. Dieses ist also der eigentliche Erbgrind, der im höchsten Grade ansteckend ist. — Folgendes Verfahren erklärt Verf. für das beste: Das Haar wird kurz abgeschnitten, nicht rasirt, und während des Tages werden Stücke Leinewand mit Wasser befeuchtet, um den Kopf gelegt und ein trocknes Tuch darüber (also ein sogenannter Priessnitz'scher Umschlag); sobald die nassen Tücher trocken sind, müssen sie von Neuem befeuchtet werden. Gegen Abend wird der Kopf mit den Blättern von *Hedera Helix* (dem gewöhnlichen Epheu) bedeckt; der irländische oder Rieseneph eu von den kanarischen Inseln *ist nach* dem Verf. am besten zu diesem Zwecke. Innerlich bekommt der Kranke zweimal täglich 1—2 Gran Jodkalium; ausserdem jeden zweiten und dritten Tag ein Abführmittel aus Senna mit Salzen. „Niemals", sagt der Verf., „habe ich diese Behandlung erfolglos gesehen, ausser in einem Falle, welcher später durch eine Salbe aus 1 Drachme schwefelsauren Eisens und 1 Unze Fett geheilt wurde. Die Kaltwasserumschläge wurden während der ganzen Zeit gebraucht."

Gegen *Porrigo decalvans* empfiehlt Verf. eine Auflösung von 1 Drachme Kupfersulphat, in 4 Unzen destill. Wassers aufgelöst, dreimal täglich mittelst eines Leinenlappens auf die kahle Stelle einzureiben. Dadurch, behauptet der Verf., wird der Krankheit Einhalt gethan und auf den kahlen runden Stellen erhebt sich alsbald frisches Haar. Gegen Kahlheit des ganzen Kopfes möchte Verf. das Kreosot

empfehlen, das bei haarlosen Stellen von Pferden und Hunden sehr wirksam sich zeigt; er würde zu einer Salbe aus 1 Drachme Kreosot auf 1½ Unze Fett rathen.

Zuletzt spricht Verf. noch von *Porrigo favosa*, und wir sehen, dass er darunter nicht den eigentlichen Erbgrind, sondern, wie es scheint, eine sehr übele und eingewurzelte *Impetigo capitis* versteht. Er empfiehlt dagegen Abführmittel, nämlich Kalomel mit Jalappe, und ausserdem äusserlich Morgens und Abends Einreibung von weisser Präzipitatsalbe.

Gegen Krätze empfiehlt der Verf. statt der stinkenden Schwefelsalben und der, namentlich bei Kindern, zu sehr fressenden schwarzen Seife eine Salbe aus 1 Drachme Jodkalium und 1½ Unze Fett. Da aber Armen diese Salbe zu theuer ist, so kann statt ihrer auch eine Kreosotsalbe, bestehend aus 1 Drachme Kreosot auf 3 Unzen Fett, welche Salbe jeden Abend angewendet werden muss, dienen.

In manchen Abschnitten ist der Verf. ganz brav. So ist die Variola, ferner Gangrän des Mundes, die Dentition mit ihren Krankheiten und die Unterleibskrankheiten sehr gut und für den praktischen Gebrauch recht brav behandelt. Wir wollen unseren Lesern einige dieser Abschnitte wörtlich vorführen, um sie selbst urtheilen zu lassen.

„Indigestion, Flatulenz, sogenannte innerliche Krämpfe. Viele zarte Kinder, besonders solche, die gepäppelt werden, erleiden schon sehr früh, in Folge unverdaulicher Stoffe im Magen, grosse Beschwerde, Schmerz und Unwohlsein. (Wir übergehen hier eine lange Auseinandersetzung des Baues und der Funktion des Magens. Ref.) So lange die Kinder noch zahnlos sind, ist die Muttermilch diejenige Nahrung, die ihnen die angemessenste ist; sie bedarf nicht des Kauens und enthält auch alle Elemente der Ernährung, wie Albumen, Oel und Zucker. Nimmt das Kind diese Nahrung im Uebermaasse, so wird sie durch die Thätigkeit der Muskelhaut des Magens ausgebrochen, und es werden so die Wirkungen der Indigestion verhütet. Wenn jedoch dies nicht eintritt, so wird die Milch oder der Mehlbrei unvollkommen verdauet und geht in einen Zustand von Gährung über; es bildet sich kohlensaures Gas, wodurch der Magen ausgedehnt wird, so dass die peristaltische Bewegung nicht jede Portion der Nahrung in den nothwendigen Kontakt mit dem Magensafte zu bringen vermag. Die Verwandlung der Nahrung in Chymus, welcher Prozess im normalen Zustande mit einer angenehmen Empfindung begleitet ist, erzeugt ein Wehgefühl im Magen, das bis zum Schmerz sich steigert, bis dieses Organ sich der schlechtverdaueten Stoffe durch den Pylorus, welcher die krude Nahrung nur erst nach einigem Kampf in den Zwölffingerdarm einlässt, sich entledigt hat. Dieses andauernde schmerzhafte, unbehagliche Gefühl, welches die Kinder bei dieser Indigestion empfinden, wird von den Ammen oder Wärterinnen für Hunger gehalten; so oft das Kind schreit, wird ihm also Nahrung in den

Mund gestopft, und damit das Uebel nur noch gesteigert. Inzwischen hört das Kind nicht auf zu schreien, hat schlimme Nächte, magert sehr ab und bekommt ein sehr elendes Aussehen. Zuletzt fängt der Magen an, jede Nahrung auszuwerfen, und in sehr bedeutenden Fällen kann sich ein wirklicher Zustand von Marasmus ausbilden und der Tod erfolgen. Auch bei saugenden Kindern tritt ein solcher Zustand ein, wenn die Milch nichts taugt oder die Amme krank ist; in einem solchen Falle stellt sich gewöhnlich Durchfall ein. Nach dem Tode findet man gewöhnlich keine Spur von Entzündung; aber man hat eine krankhafte Erweichung oder ein Zergehen der Schleimhaut des Darmkanals angetroffen, welchen Zustand ich für die Folge der erschöpften Vitalität oder des Mangels an Energie in den Unterleibsganglien halte.

Wenn ein solcher Indigestionszustand vorhanden ist, so ist das erste krankhafte Symptom, welches sich dem Beobachter darbietet, ein geringes, jedoch auffallendes Rollen und Schielen der Augen; bald folgt dann auch offenbar durch Reizung des untern Kehlkopfastes des Vagus ein Krampf der Kehlkopfmuskeln, eine Art hysterischer Erstickung, welche bei Kindern vom dritten und vierten Monat an in einen wirklichen Stimmritzkrampf, den sogenannten *Laryngismus stridulus* oder Zerebralkrup übergeht, während welchen Krampfes die Athmung völlig unterbrochen ist. Diese entfernten und heftigen Wirkungen der anhaltenden Indigestion sind nicht gewöhnlich und meist mit einer konsekutiven Störung in der obern Portion des Darmkanals, dicht unter dem Magen verknüpft, wovon ich noch sprechen werde, wenn ich von Gehirnkrup handele. Die häufigeren Symptome der Indigestion sind: Schmerz, Aufstossen, ein geringer Krampf in den Kehlkopfmuskeln, ein Rollen der Augen und eine temporäre dunkele Färbung der Lippen in Folge des gehinderten Rücklaufs des Bluts vom Kopfe durch die Jugularvenen. Der Zusammenhang zwischen dem Vagus und den phrenischen Nerven veranlasst ein sehr häufiges Symptom, sobald der Magen überfüllt, oder von Luft ausgedehnt ist, nämlich den Schluchzen, der nichts ist, als eine krampfhafte Bewegung des Zwerchfells. Ein Wiederausbrechen der Nahrung, sobald sie nur in den Magen gebracht worden, zeigt sich in einer mehr vorgerückten Periode der Krankheit und ist die Folge der krankhaften Empfindlichkeit der Magenschleimhaut. Dieses Nichtertragen der Nahrung unterbricht den Verdauungsprozess und also auch die Chylusbereitung und stört alle dem Darmkanale zukommenden Sekretionen. Der Dickdarm wird dann in Folge seiner längeren Unthätigkeit, weil er nicht hinreichend durch Stoffe ausgedehnt und seine Muskelfasern zur Thätigkeit angeregt werden, träge, und Verstopfung ist die Folge. In sehr vielen Fällen verlieren sich Indigestion und Flatulenz, wenn sie nicht zu heftig sind, von selbst in dem Maasse, wie das Kind älter wird, gewöhnlich gegen den vierten oder den fünften Monat; allein diejenigen, welche während ihrer frühsten Kindheit bereits an solchen Verdauungsbeschwerden gelitten haben, erlangen selten ihre volle Verdauungskraft wieder, sondern haben später an neuralgischen und hysterischen Anfällen zu leiden.

Was die Behandlung betrifft, so ist sie sehr einfach. Es kömmt vor allen Dingen darauf an, das Gas, wovon der Magen ausgedehnt ist, wegzuschaffen und durch Kräftigung und Steigerung der Verdauungsthätigkeit die Wiederbildung des Gases zu verhüten. Folgende Mixtur

entspricht diesem Zwecke am besten: *℞. Magnesiae, Sacchar. alb.* āā ʒβ, *Olei Carvi* gutt. j, *Spirit. Ammon. foetid.*, *Tinct. Sennae* āā ʒβ, *Liquor Calcis* q. s. ut fiant ℥iβ. D. S. einen halben bis ganzen Theelöffel voll bei steigender Flatulenz. Die augenblickliche Erleichterung, welche diese Mischung bringt, ist wirklich erstaunlich und ich schreibe sie der Schnelligkeit zu, womit der Kalk und die Magnesia die freie Kohlensäure absorbiren.

Ist es so weit gekommen, dass alle Nahrung ausgeworfen wird, und dass grosse Abmagerung eintritt, so ist das beste Mittel, das man geben kann, $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Gr. schwefelsauren Chinins dreimal täglich und dabei jeden dritten Morgen ein aus $\frac{1}{4}$ Gr. Kalomel und $1\frac{1}{2}$—2 Gr. Jalappe bestehendes Pulver. Das Chinin wirkt eben so wohlthätig gegen die krankhafte Empfindlichkeit der gastrischen Nerven, wie es wohlthätig sich gegen andere neuralgische Affektionen erweist, und das abführende Pulver versetzt durch Entfernung der krankhaften Sekretion und Steigerung der peristaltischen Thätigkeit die Darmschleimhaut in einen viel bessern Zustand. Sobald in Folge schlechter Milch ein Kind Diarrhoe erleidet, so muss man mit dieser Milch aufhören und dem Kinde eine andere zu verschaffen suchen, und will sich die Diarrhoe nicht stillen lassen, so gebe man eine Kreidemischung mit etwas Opium.

Magenleiden. Der Verf. unterscheidet folgende Magenleiden, die er besonders behandelt: 1) Muko-Gastritis oder Entzündung der Schleimhaut des Magens; 2) Erweichung der Schleimhaut des Magens; 3) aphthöse Affektion der Magenschleimhaut; 4) Diphtheritis des Magens; 5) Follikularentzündung des Magens; 6) Gangrän des Magens, und 7) Erbrechen von Blut aus dem Magen. Was die übrigen Krankheiten des Unterleibs betrifft, so wollen wir auch einige Abschnitte, die uns noch als die besten erscheinen, mittheilen.

„Von der Dysenterie oder den Ruhren der Kinder. Es ist wohl keine Krankheit bei Kindern so häufig und so tödtlich, als die Ruhr, und doch wird keine Krankheit so missverstanden und so schlecht behandelt. Sie beginnt mit einem Frösteln und einem hörbaren Poltern und Schmerz im Darmkanal, worauf schleimige und bisweilen blutige Ausleerungen mit Tenesmus folgen. Das Antlitz des Kindes trägt das Gepräge der Angst und wird während des Schmerzanfalles bleich. Im Anfange ist Appetitmangel vorhanden und mit einem Gefühle von Vollheit und Spannung im Bauche verbunden, welche letztern Symptome nachlassen, sobald das Abführen beginnt. In einigen Fällen, besonders wenn die Krankheit epidemisch ist, die Darmausleerungen im Anfange blutig sind und die Gefässaufregung eine sehr bedeutende und plötzliche ist, erleiden die Gehirnfunktionen eine Störung und vermittelst des excitomotorischen Systems zeigen sich krankhafte Muskelaktionen. In solchen Fällen finden wir daher Delirien oder Stupor mit oder ohne allgemeine oder partielle Konvulsionen, namentlich Opisthotonus, offenbar in Folge des auf das Rückenmark wirkenden Reizes des erkrankten Darms. Allgemein kann man sagen, dass, wenn das Ileum oder die obere Portion des Kolon der Sitz des Leidens ist, mehr Delirium und Stupor und allgemeine Krämpfe vorhanden sind, und dass dagegen, wenn die unterste

Portion des Kolon und der Mastdarm der Sitz des Uebels ist, mehr Opisthotonos und tetanische Starrheit bemerkt werden. Diese Sympathie zwischen den oberen Darmportionen und dem Gehirn, so wie ferner zwischen den unteren Darmportionen und dem Rückenmark sind schon vor 20 Jahren von Sablaieures dargestellt worden. (*Rech. d'anatomie et de Physiol. patholog. rélative à la prédominance et à l'influence les organes digestifs des enfans sur le cerveau.*) So wie die Krankheit vorschreitet, wird die Haut kälter, der Puls schwächer, das Antlitz leichenähnlich, der Magen kann nichts bei sich behalten, das Schlucken wird unmöglich und der Tod endigt die Szene binnen 4—5 Tagen und bisweilen binnen 48 Stunden. Verläuft die akute Dysenterie günstiger, so fängt die Haut wieder an warm zu werden und steigert sich bis zur Fieberhitze. Dieses Fieber hat eine unregelmässige remittirende Form und dauert, bis die Ruhr nachlässt, worauf sie mit einer Erschlaffung der Gefässe der Haut endigt. Bisweilen bildet sich jedoch eine chronische Entzündung der Gekrösdrüsen, und dann bekommt das Fieber einen deutlich hektischen oder periodischen Charakter.

Bei der chronischen Varietät der Dysenterie ist der Anfall weniger plötzlich, nicht so beunruhigend und geht oft mehrere Wochen oder Tage unbemerkt vorüber. Es ist gar keine oder nur geringe Blutausleerung oder Uebelkeit vorhanden. Ein aufmerksamer Beobachter wird mehrmals täglich ein knurrendes Geräusch in den Gedärmen anmerken, auf welchem Geräusch etwas Schmerz und ein plötzliches unwiderstehliches Purgiren folgt und mit einem temporären Verlust der natürlichen Gesichtsfarbe und mit einem mürrischen, verdrüsslichen Wesen begleitet ist. Diese Symptome folgen gewöhnlich bald nach der Mahlzeit und daher zeigen sie sich gewöhnlich mit grosser Regelmässigkeit jedesmal nach dem Frühstück. Fasten und Bettwärme während des Nacht gestatten der peristaltischen Bewegung des Magens verhältnissmässig Ruhe und scheinen die Perspirationen der Haut herbeiführen zu wollen. Der entzündete Zustand der Schleimhaut des Kolon ist die Ursache, dass jedesmal Schmerz entsteht, wenn Kothstoffe sich in ihm ansammeln wollen. Die krankhafte Empfindlichkeit der Theile und die heftige Zusammenziehung der Muskelfasern führen zu einer Reihefolge von krampfhaften oder temporären Strikturen des Darms oder einer Art innern Tenesmus, welcher, wenn die Krankheit bis auf den Dünndarm sich erstreckt hat, nicht selten in eine tödtliche Verschlingung oder Intussuszeption sich endigt.

Die chronische Form der Dysenterie kann mehrere Monate andauern und eine zunehmende Abmagerung zur Folge haben, da durch den reizbaren Zustand des ganzen Darmkanals eine gehörige Assimilation und Digestion nicht gut möglich wird. In solchen Fällen pflegt das Purgiren oft nur ein Mal in 24 Stunden sich zu zeigen, so dass ein unerfahrner Praktiker dadurch getäuscht wird. In dieser chronischen Ruhe, besonders bei skrophulösen Kindern, bestehen die Ausleerungen, wie ich gefunden habe, besonders in grossen Quantitäten einer schleimig-eiterigen Materie, die von den entzündeten Schleimfollikeln oder Darmzotten abgesondert wird. Die Menge solcher Materie, die entleert wird, ist so bedeutend, dass sie nicht von einer blossen Ulzeration allein herkommen kann. Das remittirende Fieber, welches der

chronischen Dysenterie bei Kindern folgt, endigt bisweilen in eine Art Typhus, besonders wenn das Kind der Einwirkung animalischer Effluvien ausgesetzt worden ist.

Von der gewöhnlichen Diarrhoe unterscheidet sich die Ruhr durch das Vorhandensein von Schmerz, welcher bei ersterer fehlt. Es ist von grosser Wichtigkeit, genau beide Uebel von einander zu unterscheiden, da die gegen blossen Durchfall passende Behandlung einem Kinde tödtlich werden kann, das an Ruhr leidet. Von nicht minderer Wichtigkeit ist es, genau den Dentitionsprozess ins Auge zu fassen, aber ihm auch nicht zuzuschreiben, was ihm nicht angehört. Es ist ein allgemein herrschender, sehr schädlicher Irrthum, in den noch sogar viele Aerzte verfallen, dass die Ruhr meistens der in Folge des Zahnens eintretenden Reizung zugeschrieben wird. Manche treiben diesen Irrthum so weit, dass sie sogar dann noch dem Zahnen Schuld geben, wenn meist alle Zähne durchgebrochen sind.

In den an der Ruhr gestorbenen Kindern habe ich auf der äussern Fläche des Darms, namentlich des Kolon, sehr bedeutende Gefässentwickelungen, besonders arterieller Art angetroffen; auch fand ich die Darmhaut verdickt und aufgelockert an entzündeten Stellen, dagegen an anderen verengert. Die Zotten der innern Darmhaut fanden sich vorragend und mit Blut injizirt, so dass sie zwischen einer hellen scharlachrothen Farbe bis zur lividen und selbst schwarzen variirten. Die scharlachrothen Zotten standen mehr zerstreut, wogegen die mehr dunkel gefärbten zusammenstanden und der Stelle ein Ansehen von Extravasation und Entblössung gaben; aus solchen Stellen kam dann auch das viele Blut, das kurz vor dem Tode sich entleerte. Diese pathologischen Veränderungen waren nicht blos auf das Kolon beschränkt, sondern ich fand sie bis zum gewissen Grade im Dünndarm, und die krankhaften Erscheinungen waren nicht in allen Fällen den Symptomen entsprechend, die man während des Lebens zu beobachten Gelegenheit hatte, wie dieses schon Rilliet und Barthez dargethan haben. Die Schleimhautfollikeln fanden sich bisweilen ulzerirt; bisweilen, namentlich bei der chronischen Ruhr, zeigte sich die Zottenhaut geschwürig durchbohrt.

Was die Behandlung betrifft, so muss in der akuten entzündlichen Ruhr, sobald Fieber, eine weiss belegte Zunge und viele Blutausleerungen damit verbunden sind, eine örtliche Blutentziehung durch Blutegel auf dem Bauche vorgenommen und ein mildes abführendes Salz gereicht werden. Das beste Mittel ist hier schwefelsaure Magnesia, welche ganz kleinen Kindern zu 10 Gran, und Kindern über 3 Jahre bis zu 30 Gran pro Dosi alle 4 Stunden gereicht werden muss, bis der Schmerz gänzlich nachgelassen hat, worauf dann auch das Purgiren von selbst aufzuhören pflegt. Niemals darf man in solchen Fällen Opium oder Adstringentien geben; diese Mittel werden sogleich ein Gehirnleiden und wahrscheinlich den Tod zur Folge haben. Ist der Tenesmus sehr heftig und schmerzend, so gebe man dagegen lieber Klystiere von warmem Wasser, und besonders empfehle ich ein Hüftbad, so warm es der Kranke nur ertragen kann. In Indien ist dieses letztere Mittel immer von grosser Wirksamkeit und ist gegen Tenesmus überall gebräuchlich. Wenn diese Mittel nicht zum Ziele führen, so versuche man noch einmal eine sehr

kräftige Dosis von schwefelsaurer Magnesia, und zwar einem ganz kleinen Kinde ½ Drachme in Wasser aufgelöst, einem Kinde über 3 Jahre alt 1—2 Drachmen, und man setze dazu einige Tropfen *Tinctura Gentianae.* Wenn man bei Erwachsenen gegen die Ruhr Opium ganz gut anwenden kann, so muss man sich vor diesem Mittel bei Kindern hüten, weil, wie gesagt, dadurch die Ruhr leicht in ein Gehirnleiden umgewandelt wird.

Diejenige Art von Ruhr, welche mit innerer Kongestion begleitet ist, nämlich mit einem Ansehen von Kollapsus, mit einem leichenähnlichen, zusammengeschrumpften Antlitze, kalter Haut, einem kaum fühlbaren Pulse, Schwindel, Neigung zu Ohnmacht und mit Unfähigkeit sich aufrecht zu halten, ist sehr gefährlich. Alle diese Erscheinungen bezeugen eine verminderte Energie des Gangliensystems, von dem die Kraft der Zirkulation und die Entwickelung der thierischen Wärme abhängig ist. Bei solchem Zustande muss sogleich ein warmes, fast heisses Bad gegeben werden und der Körper muss mit Flanell umhüllt oder mit warmen Bettdecken belegt werden; innerlich gebe man kleine Dosen Kalomel mit Opium. Zugleich suche man die Lebensenergie durch kräftige und reizende Mittel zu unterstützen, um die gänzliche Erschöpfung zu verhüten. Ist der Tenesmus heftig, so kann man hier ein Opiatklystier geben, denn bei diesem hohen Grade von Depression ist man nicht in Gefahr, die Reizung von dem Darmkanal auf das Gehirn zu überpflanzen. Sobald der Blutumlauf kräftiger geworden und eine Reaktion sich eingestellt hat, gebe man alle 3—4 Stunden einige Gr. Rhabarber mit Magnesia und ist endlich gar die Haut wieder sehr heiss geworden und es hat sich zugleich bei dem Blutausflusse aus dem Mastdarm Schmerz und Empfindlichkeit des Bauches eingestellt, so kann man sogar eine örtliche Blutentziehung in mässigem Grade als nothwendig erkennen.

In der chronischen remittirenden und intermittirenden Ruhr zeigen sich die kleinen Dosen von schwefelsaurer Magnesia, die ich schon erwähnt habe, drei bis vier Mal täglich gegeben, als das beste Mittel, ausser wenn die Krankheit mit Darmgeschwüren oder mit Tuberkeln oder sonst einer spezifischen Krankheit komplizirt ist. Ich habe keinen einzigen Fall von chronischer Ruhr bei Kindern erlebt, wo nicht die kleinen Gaben schwefelsaurer Magnesia sich sehr wirksam erwiesen haben. Sollte jedoch dies eben genannte Mittel nicht ausreichen, so würde ich einige Gran *Hydrargyr. c. Creta* mit ½ Gran Ipekakuanha und 1 Gran Rhabarber jeden Abend geben, und wenn auch dieses Mittel nach 10—14 Tagen vergeblich gewesen ist, so würde ich zwei bis drei Mal täglich 1 Gran schwefelsaures Eisen mit einer ganz geringen Quantität Opium anwenden, welches Verfahren bei Erwachsenen mich niemals im Stiche gelassen hat.

Die übelsten und furchtbarsten Komplikationen sind die Epilepsie und Opisthotonus, welche beide bei sehr kleinen Kindern, wenn sie an der Ruhr leiden, sehr häufig sich einstellen. Robuste und plethorische Kinder zumal leiden besonders an Krämpfen im Anfange der entzündlichen Ruhr, gerade, wie sie daran auch im Anfange jedes anderen Fieberzustandes, z. B. der Pocken, der Pneumonie u. s. w., zu leiden pflegen. Die Krämpfe sind aber dann viel weniger beunruhigend, als wenn sie sich gegen das Ende der Krankheit einstellen; denn

wenn der Körper geschwächt ist und das Gehirn seines gehörigen Blutzuschusses entbehrt, so sind die Krämpfe meist tödtlich. Bei heftigen Krämpfen im Anfang der Krankheit setze man einige Blutegel auf die Schläfen, mache Umschläge von 1 Theil rektifizirten Weingeistes und 3 Theilen Wassers auf den Kopf und gebe innerlich die früher erwähnten kleinen Dosen schwefelsaurer Magnesia alle 3—4 Stunden, bis der Schmerz gänzlich aufgehört hat. Ist das Kind sehr zart, von reizbarer, nervöser Konstitution und sind die Krampfanfälle von kurzer Dauer, so lasse man die Blutegel weg, da schon ihr Ansetzen die Krämpfe wieder hervorrufen kann. Dagegen können Fälle vorkommen, wo bei sehr plethorischen Kindern eine sehr heftige Kongestion nach dem Kopfe, welche sich durch eine aufgetriebene, bläuliche Gesichtsfarbe und ein erschwertes, fast ersticktes Athmen kundgiebt, es nöthig macht, die Jugularvene zu öffnen. Ein Besprengen des Gesichts mit kaltem Wasser, sowie etwas flüchtiges Salz unter die Nase gebracht, unterstützen dann diese Blutentleerung. Ist Opisthotonus vorhanden, welcher, wie ich schon gesagt habe, nur dann einzutreten pflegt, wenn die Dysenterie auf den Mastdarm und den unteren Theil des Kolon beschränkt ist, so kömmt es darauf an, den Tenesmus zu beseitigen, da dieser Schmerz allein die Ursache des Opisthotonus zu sein scheint. In Verbindung mit dem warmen Bade gebe ich dann innerlich 1 Gran Kalomel, welches den Tenesmus bald beseitigt, und damit auch die Krampfanfälle. Ist die Dysenterie geheilt, so muss Alles gethan werden, um der Erschöpfung, in welche das Kind verfallen ist, zu begegnen."

Wir haben absichtlich diesen Abschnitt in seiner ganzen Breite und Weite unseren Lesern vorgelegt, damit sie selbst erkennen, wie der Verf. die verschiedenen Gegenstände abhandelt. Wir finden noch in dem Werke viele andere Abschnitte, welche in der That darthun, dass, wenn der Verf. seine Gegenstände auch nicht systematisch darzustellen weiss, er doch ein sehr erfahrener Arzt sein muss, von dem sich noch sehr Vieles lernen lässt. — Wir werden daher noch Gelegenheit nehmen, auf das uns vorliegende Werk zurückzukommen.

III. Klinische Mittheilungen.

Hôpital des Enfans malades in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Ueber die chirurgische Behandlung des Krups.

„Es ist nicht unsere Absicht, m. H., Ihnen hier eine vollständige Abhandlung über den Krup zu liefern; denn erstlich gehört eine solche Abhandlung mehr in das Gebiet der Medizin, als in das der Chirurgie,

und dann finden sich erschöpfende Darstellungen fast überall in jedem grösseren Werke. Wir haben blos zu sagen, dass wir den Krup als eine mit Bildung falscher Membranen begleitete *Angina laryngea* betrachten. Sobald wir in irgend einem Falle die Gegenwart falscher Membranen im Kehlkopfe nicht konstatiren können, wagen wir nicht zu sagen, dass er Krup gewesen sei. In dieser Hinsicht theilen wir die Ansichten der Herren Bretonneau, Trousseau, Guersant d. Vater, Blache u. s. w. Wir müssen uns, obwohl wir keine Geschichte des Krups liefern wollen, gestatten, über die Art und Weise, wie der Krup bisweilen anfängt, einige Bemerkungen zu machen. Die Krupentzündung kann entweder in den Mandeln oder in den Bronchien beginnen, und sich also von oben herab oder von unten herauf auf den Kehlkopf erstrecken, oder er kann idiopathisch im Larynx selber beginnen. Die beiden ersten Formen, welche der Krup im Anfange darbieten kann, bilden zwei wichtige Komplikationen; findet auf der Oberfläche der Schleimhaut der Mandeln eine plastische und pseudomembranöse Exsudation statt, so ist es ein Krup komplizirt mit *Angina pharyngea membranacea*. Beginnt die Krankheit aber in den tieferen Theilen, in den letzten Bronchialverzweigungen, so ist es ein Krup komplizirt mit *Tracheo-bronchitis membranacea*. Bei der *Angina membranacea* zeigt der Pharynx, den man bei Kindern bei jeder Art von Angina genau untersuchen muss, eine deutliche Röthe mit mehr oder minder Anschwellung der Mandeln; sehr oft sehen Sie auch auf den Mandeln kleine weissliche Belege, welche sich bisweilen über das Gaumensegel, über den Zapfen u. s. w. erstrecken."

„Die Mittel, die man bisher gegen den Krup angewendet hat, sind sehr zahlreich; sie sind aber in zwei Klassen zu bringen: medizinische Mittel und chirurgische. Die medizinischen Mittel sind äusserst beschränkt und wirken nicht direkt auf das Uebel, und wenn auch einige Fälle angeführt werden können, in denen diese Mittel eine wirkliche Heilung herbeigeführt haben, so sind doch diese äusserst selten. Die Ohnmacht der medizinischen Mittel erklärt sich übrigens sehr bald durch ihre Wirkungsweise auf den Organismus; sie wirken von dem Allgemeinen auf die Oertlichkeit, wo das Uebel seinen Sitz hat, also auf einem langen, unzuverlässigen und auch wohl gefährlichen Umwege, während der kürzeste Weg der wäre, direkt auf das lokale Uebel zu wirken. Dazu kömmt noch, dass die medizinischen Mittel gegen den Krup jedesmal von der Theorie abhängig sind, die

man sich von dieser Krankheit gemacht hat. Eine lange Zeit hielt man den Krup für nichts Anderes, als für eine einfache Entzündung, und es war natürlich die antiphlogistische Methode, von der man alles Heil erwartete. Es hat sich aber Denen, die viel Kinderpraxis haben, sehr bald erwiesen, dass das antiphlogistische Verfahren durchaus nicht das eigentlich heilbringende sei. In einer grossen Anzahl von Fällen ist es, wie wir geradezu behaupten können, sogar schädlich. Das Ansetzen von Blutegeln an den Hals von Kindern, die an Krup leiden, ist nichts als ein altes Verfahren, das früh schon seine Gegner gefunden hat; es ist ein Verfahren, aus einem willkürlichen Dogma hervorgegangen, ohne eigentlichen Nutzen; ja, wie wir eben gesagt haben, öfters mit grossen Nachtheilen verknüpft. Wollen wir damit etwa sagen, dass wir alle medizinischen Mittel gegen den Krup verwerfen, und dass wir nur von der Tracheotomie allein Heilung erwarten? Keinesweges! Eine solche Behauptung wäre eben so tadelnswerth, wie die Behauptung vieler Aerzte, dass alle örtlichen Mittel gegen den Krup zu verwerfen seien. Die Fälle, in denen Blutentziehungen allein die Krankheit geheilt haben, sind äusserst selten und nur Ausnahmsfälle. Die tägliche Erfahrung lehrt, dass die reinen Antiphlogistika nicht die Macht haben, die spezifische Entzündung aufzuhalten, die das Wesen des Krups ausmacht."

„Nach den antiphlogistischen Mitteln kommen die Brechmittel in den verschiedensten Formen. Sie haben in einer ausserordentlich grossen Anzahl von Fällen als Adjuvantia ausserordentliche Dienste geleistet, und sich in dieser Beziehung viel nützlicher bewährt, als die Blutentziehung. Die Brechmittel wirken im Krup, man möchte sagen, fast nur mechanisch, indem sie durch die Erschütterung, die sie herbeiführen, die Loslösung und Ausstossung der falschen Hautfetzen veranlassen und begünstigen. Allein man thut Unrecht, die Brechmittel für diejenigen zu halten, auf die man sich allein zu verlassen hat; man wird finden, dass sie oft im Stiche lassen, und es wäre interessant, zu ermitteln, wie gross die Zahl der Erfolge ist, die man verhältnissmässig durch alleinige Anwendung von Brechmitteln erlangt hat."

„Eine andere Kategorie von Mitteln, die oft grosse Dienste leisten, besonders wenn man gleich im Anfange der Krankheit herbeigerufen wird, sind die Merkurialien, sowohl innerlich (Kalomel), als äusserlich in Form von Einreibungen grauer Salbe auf den vorderen Theil des Halses. Die Merkurialien sind ohne Zweifel viel mächtigere Modifikatoren, als die reinen Antiphlogistika; aber damit sie wirken können,

müssen sie Zeit haben, und es dürfen daher die Erstickungsanfälle nicht sehr drängend und die kleinen Kranken nicht sehr geschwächt sein. Uebrigens gilt das, was man über die beiden früheren Kategorieen von Mitteln sagen kann, auch von den Merkurialien, nämlich, dass sie nur eine geringe Anzahl von Fällen sich vindiziren können, in denen sie allein den ächten Krup geheilt haben. Beiläufig gedenken wir noch der Antimonialien, namentlich des Mineralkermes und des Brechweinsteins, deren man sich unter Umständen auch bedienen kann; aber wir können es nicht genug wiederholen, alle diese Medikamente sind nichts als Nebenmittel, als mehr oder minder gute Adjuvantien, von denen keines im Stande ist, eine allgemeine, zuverlässige Methode für alle Fälle zu bilden."

„Am häufigsten muss man zu den chirurgischen Mitteln seine Zuflucht nehmen, und diese sind es, von denen ich hier sprechen will. Sie müssen nicht glauben, dass, wenn ich chirurgische Mittel sage, ich dabei an nichts Anderes, als an Tracheotomie denke; ich meine diese freilich auch, aber diejenigen chirurgischen Mittel, die ich dabei besonders im Sinne habe, sind die Kauterisationen der Schleimhaut des Rachens. Diese Aetzungen geschehen entweder mit flüssigen oder mit festen Substanzen. Die flüssigen Aetzmittel, die man gegen den Krup in Anwendung gebracht, sind verschiedener Art; so hat man mit grossem Vortheile bisweilen verdünnte Salzsäure, mit Honig oder Syrup gemischt, mittelst eines Pinsels oder eines Schwammes angewendet; auch hat man sich zu demselben Zwecke mit grossem Nutzen einer kräftigen Alaunauflösung bedient. Aber das wahre, das eigentliche Aetzmittel, das vor allen übrigen fast immer den Vorzug verdient, ist der Höllenstein in mehr oder weniger starker Auflösung. Zu den festen Substanzen gehört gepulverter Alaun und Höllenstein in Substanz. Was die Aetzmittel betrifft, so sind sie in Gebrauch zu ziehen, ehe man zum letzten Mittel, nämlich zur Tracheotomie, seine Zuflucht nimmt. Die Kauterisationen mit nicht sehr konzentrirten Auflösungen sind natürlich auch nicht sehr wirksam; jedoch sind sie in einer ziemlich-grossen Anzahl von Fällen, nicht wenn der Krup seine höchste Intensität erreicht hat, sondern wenn die Krankheit noch ganz in ihrem Anfange ist, vollkommen genügend, namentlich in den Fällen, wo gewissermaassen erst die Prodrome vorhanden sind, oder wo man auf der Schleimhaut der Mandeln oder des Pharynx pseudo-membranöse Schichten bemerkt. Wir haben gesagt, dass nach einer grossen Anzahl ausgezeichneter Autoren die Krankheit mit dem Hervortreten von

pseudo-membranösen Schichten auf den Mandeln beginne. Indessen soll dem, wie man gesagt hat, nicht immer so sein; es sollen öfter Kinder vorgekommen sein, bei denen ein vollständiger Krup sich ausbildete, ohne dass irgend Krankhaftes auf den Mandeln wahrzunehmen war. Dieses kann streng genommen gar wohl der Fall sein. Der Krup kann in der Trachea, in den Bronchien beginnen; er kann ursprünglich oder von vorn herein gleich im Kehlkopfe seinen Anfang nehmen. Aber es sind dieses die selteneren Fälle. Wenn man in vielen Fällen auf den Mandeln und im Innern des Pharynx keine falsche Hautschicht gesehen hat, so liegt der Grund wohl nur darin, dass das erste Stadium des Krups unbemerkt vorübergegangen ist. Wenn in dieser ersten Periode, in der Zeit nämlich, wenn falsche Hautbildungen auf den Mandeln sich befinden, die Symptome wenig markirt hervortreten, so geschieht es bisweilen, dass der Arzt, besonders wenn er nicht tagtäglich Kinder zu behandeln hat, es unterlässt, den hinteren Theil des Rachens genau zu besichtigen."

„Wir erinnern uns, einmal zu einem Kinde gerufen worden zu sein, das die Nacht vorher Schlaflosigkeit, Aufregung, grosse Hitze der Haut und etwas Fieber zeigte; es hustete nicht; nichts schien also aufzufordern, den Hals im Innern zu untersuchen. Es gab kein einziges Symptom, das darauf hinwies. Hätten wir bei diesem Kinde den Rachen nicht untersucht, wie wir es bei jedem solchen Kranken zu thun gewohnt sind, so würden wir, ohne es gewahr zu werden, die vollständige Entwickelung eines Krups ruhig zugelassen haben. Allein wir untersuchten das Kind auch ohne direkte Anmahnung, und wir fanden einige kleine weissliche Flecke auf den Mandeln. Wir schritten sogleich zur Kauterisation, aber trotz dieses raschen örtlichen Eingriffes entwickelte sich doch der Krup, wurde im höchsten Grade bedenklich und erforderte wenige Tage später die Tracheotomie. Beiläufig gesagt war dieser Fall einer unserer mit Erfolg gekrönten Fälle. Hätten wir die Vorsicht nicht gebraucht, gleich im Anfange den Hals des Kindes zu untersuchen, so wären die falschen Hautbildungen im Rachen uns entgangen."

„Eines Tages sieht Hr. Trousseau ein Kind, das ein Blasenpflaster trug; auf der aufgezogenen Stelle hatte sich eine geringe pseudo-membranöse Schicht entwickelt. Hierdurch aufmerksam gemacht, untersucht er den Hals des Kindes, findet falsche Hautbildungen auf den Mandeln und kauterisirt sie sogleich. Man weiss, dass die Subjekte, welche zu Diphtheritis des Pharynx und Larynx geneigt sind,

oft auch auf zufällig vorhandenen Wunden oder Geschwüren, welches deren Entstehung auch sein mochte, ähnliche pseudo-membranöse Ablagerungen bekommen. Auch die Blasenpflasterstellen bedecken sich damit, wie dieses im Trousseau'schen Falle geschehen ist. Wir müssen bei der Behauptung verbleiben: 1) dass fast immer der Krup mit pseudo-membranösen Bildungen auf den Mandeln oder auf der Schleimhaut der hinteren Wand des Pharynx beginnt, und 2) dass, wenn man dieses öfters nicht vorfindet, der Grund eigentlich darin liegt, dass man entweder die Exploration des Halses ganz unterlassen oder ihn erst untersucht hat, wenn die Krankheit schon den Larynx ergriffen und die Stellen verlassen hat, die von ihr zuerst ergriffen waren. Im Anfange der Krankheit, während die Mandeln noch von dieser plastischen Exsudation bedeckt sind, sind noch keine sehr ernsten und Bedenklichkeit erregenden Zufälle vorhanden; erst im Augenblicke pflegt man den Rachen zu besichtigen, wenn solche sehr bedenklichen Zufälle eintreten; dann aber haben sich die pseudo-membranösen Schichten von den Mandeln und der hinteren Wand des Rachens schon gelöst, so dass von ihnen keine Spur mehr vorhanden ist."

„Gerade aber zu der Zeit, wenn die falschen Membranen hier noch existiren, zeigt sich die chirurgische Hülfe ganz besonders wirksam. Denn in dieser Zeit, und zwar nur in dieser Periode, so lange man nämlich noch nicht mit einer wirklichen Angina zu thun hat, kann man die Hoffnung hegen, den Krup zu heilen, und in der That gelingen in dieser Periode die Heilungen eben so oft, wie sie in einer späteren selten werden. Wenn die *Angina laryngea* noch nicht vollständig ausgebildet ist, aber wohl die *Angina pharyngea diphtheritica* erkannt ist, und demnach die Aetzung für nothwendig erachtet wird, wie muss sie geschehen? Wenn man den Höllenstein in Substanz anwendet (und er ist das Aetzmittel, dessen man sich am häufigsten bedient, weil er leicht zu handhaben ist), so sind einige Vorsichtsmaassregeln zu treffen. Zuvörderst muss man das Kind von einem Gehülfen kräftig fassen und halten lassen; man muss Sorge tragen, den Höllensteinstift aus seiner Kapsel nur wenig vorzuschieben, weil das Kind eine plötzliche Bewegung machen und der Höllensteinstift zerbrechen und in den Schlund hinabfallen könnte, wenn er zu weit herausragte. Hat man nur einen festen Höllensteinstift zu seiner Disposition, so hat man ausserordentlich viele Kleinigkeiten zu berücksich-

tiges. Die Operation ist an sich selber ein leichter Akt, aber er kann durch seine Resultate und Folgen ein sehr ernster werden. Allgemein darf man bei sehr jungen Subjekten niemals ohne die Hülfe einer andern Person die Untersuchung des Rachens vornehmen. Wohl kann man in manchen Fällen durch Ueberraschung dahin gelangen, sehr jungen Kindern tief in den Hals zu sehen. Falls man aber bei einem ersten Versuche dieser Art nicht gleich vollständig Glück hat, wie ich mich ausdrücken darf, so wird es weit schwieriger werden, zu einer neuen Exploration zu schreiten, weil das Kind auf seiner Hut sein und gegen jeden weiteren Versuch sich zur Wehr setzen wird. Hat man also nicht mit einem schon etwas älteren und verständigeren Kinde zu thun, so wird man immer eines Gehülfen bedürfen, um die Hände und den Kopf des Kindes halten zu lassen; alsdann drückt man die Zunge entweder mit einem sehr breiten Spatel oder mit dem Stiele eines sehr grossen Löffels nieder. Mit einem kleinen Löffel oder einem schmalen Spatel wird man nicht so leicht zum Ziele kommen; wir bedienen uns meistens eines Zungenniederdrückers von Holz, welcher den Vortheil darbietet, dass er nicht von arzneilichen Substanzen, deren man sich etwa zum Aetzen bedient hat, angegriffen wird. Was die Stelle betrifft, die man mit dem Aetzmittel betupfen soll, so muss man sich nicht darauf beschränken, nur auf die falschen Membranen zu wirken; man wird meistens noch weit mehr Nutzen haben, wenn man mit dem Aetzmittel um die falschen Membranen herumfährt; dieses Verfahren hat den Vortheil, in gewissem Maasse den Verlauf und das Weiterschreiten der falschen Membranen zu beschränken. Wenn die falschen Membranen sehr ausgedehnt sind, so ist es durchaus nothwendig, nicht nur die falschen Membranen selber zu kauterisiren, sondern auch das Weiterschreiten des Uebels zu verhindern. Als energisches Mittel ist der Höllenstein gewiss sehr zu loben; er wirkt sicher und gut; man muss sich seiner so oft bedienen, als man kann. Indessen drängt die Furcht, dass der Höllensteinstift im Munde zerbrechen könnte, dazu, der Höllensteinauflösung den Vorzug zu geben. Die schwache Auflösung, die im Anfange der Krankheit oft Erfolg hat, besteht etwa aus 2 — 3 Gran auf die Unze destillirten Wassers. Diese Flüssigkeit ist so schwach, dass sie zur Noth als ein einfaches Augenwasser dienen könnte. Wenn die Krankheit nicht sehr schnelle Fortschritte zu machen droht, so können 2 — 3 Kauterisationen mit dieser schwachen Auflösung hinreichend sein. In ernsteren Fällen hingegen, wenn man energischer und schneller wirken will, hat man viel

stärkere Auflösungen nothwendig, z. B. eine Auflösung von 1 Thei Höllenstein auf 3—4 Theile Wasser. Dann macht man nur eine einzige Aetzung in 24 Stunden. Um diese Aetzung zu bewirken, befestige man am Ende eines Fischbeinstäbchens ein Stück Schwamm von beliebiger Grösse, aber angemessen dem Alter des Kindes; wir befestigen den Höllenstein an das Fischbein nicht vermittelst eines Fadens, sondern durch Siegellack. Man taucht den Schwamm so in die Auflösung, dass er gerade hinreichend davon getränkt ist. Sobald dieses geschehen, drückt man die Zunge des Kindes nieder und fährt nun schnell mit dem so angefeuchteten Schwamme auf der Oberfläche der Mandeln oder auch derjenigen Portion der Schleimhaut des Pharynx umher, welche der Sitz der pseudo-membranösen Exsudation ist. Dieses ist also die erste chirurgische Hülfe, die auf wirksame Weise beim Krup eintreten kann, so lange diese Krankheit noch in ihrem Anfange ist, und so lange nur erst Vorboten vorhanden und die eigentliche häutige Halsbräune sich noch nicht vollständig ausgebildet hat. Wir werden bald Gelegenheit haben, von dem zu sprechen, was Seitens der Chirurgie bei weiterem Vorschreiten der Krankheit geschehen kann."

„Es geschieht oft, dass die Kauterisation mit dem Höllenstein in Auflösung oder in Substanz zwar die falschen Membranen beseitigt, welche auf den Mandeln sitzen, dass aber doch die Krankheit weiter geht. Die falschen Membranen ergreifen Schritt vor Schritt die benachbarten Parthieen und steigen bis zur Epiglottis hinab. Zwar ist auch in diesem Falle die Aetzung das beste Mittel, aber man kann sie nicht mehr auf dieselbe Weise bewirken; man muss sich dickerer Schwämme bedienen, die auch auf eine andere Weise angebracht sind. Hat man nach der Gesammtheit der Erscheinung, bisweilen selbst nach einer direkten Untersuchung, bei kräftigem Niederdrücken der Zunge, Grund anzunehmen, dass die Epiglottis ergriffen ist, so befestige man an einen im stumpfen Winkel gebogenen Fischbeinstab einen Schwamm von einer zur Grösse des Pharynx verhältnissmässigen Grösse; der Fischbeinstab muss stark, solide, wenig biegsam sein, so dass er selbst dann nicht nachgiebt, wenn man mit einiger Kraft sich darauf stützt, um die Epiglottis erreichen. Hr. Bretonneau bediente sich gewöhnlich eines gekrümmten Fischbeinstabes; wir geben aber einem winkelförmig gebogenen den Vorzug, und es muss der Stab gegen das Ende hin in Form eines Spatels breiter sein."

„Was das operative Verfahren betrifft, so ist es sehr einfach. Der

Wundarzt stellt sich auf die Seite; die Stellung desselben ist nicht gleichgültig. Steht der Operatör vor dem kleinen Kranken und dieser hustet, so kann jenem Schleim, Speichel und Hautfetzen in's Gesicht und in die Augen geworfen werden, welches den Wundarzt nicht nur in jedem Augenblicke blenden, sondern noch mancherlei üble Folgen haben. Der Wundarzt stehe daher nicht vor, sondern an der Seite des Kranken; er führe den Schwamm bis zur Basis der Zunge und mache dann schnell einige halb rotirende Bewegungen, die die Wirkung haben, nicht nur die Oberfläche der Epiglottis zu reinigen, sondern auch den Kehldeckel aufzuheben und die ätzende Flüssigkeit auf die untere Fläche desselben zu bringen. Dass man den Kehldeckel aufgehoben hat, erkennt man an dem plötzlichen Erstickungsanfall, der beim Kranken eintritt, und an dem Husten, der darauf folgt. Wenn auf der untern Fläche des Kehldeckels falsche Membranen sitzen, so löst man sie auf diese Weise bisweilen los und führt sie mit dem Schwamme weg; bisweilen geschieht es auch, dass einige Tropfen der Höllensteinauflösung in den Kehlkopf selbst hineinfallen, und man hat einige Fälle von Heilung in Folge dieser Operation. Es müssen diese Aetzungen in den hier genannten Fällen 3—4 Mal in 24 Stunden wiederholt werden. Gelangt man dahin den Kehldeckel aufzuheben, so muss natürlich die Vitalität der Schleimhaut, welche von den falschen Membranen bedeckt ist, modifizirt werden; handelt es sich um den Kehldeckel, so muss man gerade, wie wir es bei den Mandeln verlangen, die Kauterisation vor allen andern Mitteln anwenden, und zwar so früh wie möglich beim Beginnen der Krankheit. Im Allgemeinen haben 6—8 Aetzungen hingereicht, einen glücklichen Erfolg zu bewirken. Unter andern Fällen von Heilung haben wir vor etwa 2 Jahren in der Klinik des Hrn. Baudelocque ein ausgezeichnetes Resultat gesehen. Näheres über solche Fälle findet man in einer Dissertation des Dr. Guillet, der auch über die Art und Weise, wie man zu verfahren hat, vortreffliche Regeln giebt."

„Man begreift, und es braucht dieses eigentlich nicht gesagt zu werden, dass das chirurgische Verfahren immer durch ein therapeutisches Einwirken unterstützt werden müsse. Wir haben schon gesagt, dass die Brechmittel sehr nützlich sind, besonders sind sie es in dem hier erwähnten Falle. Merkurialpräparate sind auch nicht ohne Nutzen. Man hat auch Räucherungen mit Salzsäure, Essigsäure and dergl. angerathen und man hat behauptet, dadurch einen Erfolg erlangt zu haben. Wir wollen zugeben, dass diese Räucherungen in manchen

Fällen nicht ohne Nutzen sein mögen; der Nutzen kann jedoch nur ein sehr geringer sein, und vielleicht beruht er nur lediglich darin, dass die Dämpfe zum Husten reizen und dass durch die Hustenanstrengungen die losen Hautfetzen ausgestossen werden. Allein Husten und selbst Erbrechen kann doch nur diesen Erfolg haben, wenn entweder die falschen Häute sich schon fetzenartig losgelöst haben, oder wenn ein in den Bronchien abgesonderter reichlicher Schlamm die falschen Membranen aufhebt und so ihr Ausstossen möglich macht. Sitzen die falschen Häute fest, ist der Husten hart, trocken und pfeifend oder bellend, so helfen alle diese Mittel nicht."

„Wenn bei wohlbedachter und energischer Anwendung aller der genannten Mittel die Krankheit dennoch immer weiter schreitet, so bleibt nichts übrig, als die Operation. Leider aber, man muss es gestehen, ist die Operation sehr oft unglücklich gewesen. Sie ist schon in älteren Zeiten geübt worden, sie ist kein neues Mittel, wir finden sie schon bei den lateinischen Aerzten angegeben. Die Operation ist seitdem zu verschiedenen Zeiten immer wieder in Anregung gebracht worden; nur lässt sich, was die älteren Schriftsteller betrifft, nicht bestimmt ermitteln, gegen welches Halsübel, ob gegen den Krup, oder gegen ein anderes, die Operation verübt und empfohlen worden. Wir verdanken es Bretonneau, welcher vor 20 Jahren ungefähr bei einer Epidemie von Diphtheritis die Tracheotomie mehrmals mit Erfolg ausgeübt, dieselbe wieder von Neuem in Anregung gebracht hat. Hr. Trousseau ist mit Hrn. Bretonneau einer Derjenigen, welche die Operation am häufigsten und mit der grössten Zuversicht benutzt haben. Dupuytren und Guersant Vater haben die Operation auch einige Mal gemacht, aber das Verdienst bleibt besonders auf Seiten des Hrn. Trousseau, welcher durch genaue Beobachtungen und Untersuchungen diesen Gegenstand klarer in's Licht gestellt hat. Hr. Trousseau hat die Operation 136 Mal gemacht und damit 32 Heilungen bewirkt. Gleich nach Hrn. Trousseau kommen wir, was die Anzahl der von uns gemachten Operationen betrifft. Wir haben sie in der Stadtpraxis allein 36 Mal gemacht; wir sprechen nicht von den in Hospitale erlangten Heilungen, eben so wenig von der Anzahl von Kranken, die wir hier unter den übelsten Umständen operirt haben. Auch können wir noch einige Fälle von Heilung anführen, die von den Herren Gerdy, Velpeau, Berard u. s. w. erlangt worden. Mag auch die Operation lange verlassen, mag ihre Anwendbarkeit und ihr Nutzen auch noch so bestritten worden sein: so

viel ist doch gewiss, dass sie unter sehr schwierigen Umständen, wo von andern Mitteln wenig oder nichts mehr zu erwarten, doch noch allein Rettung möglich macht. Man denke sich ein am Krup leidendes Kind, bei dem alle mit Beharrlichkeit fortgesetzten andern Mittel nichts ausgerichtet haben und das dem Tode zuverlässig anheim gegeben ist. Es ist dann nicht die Zeit zu fragen und zu untersuchen, wo die falschen Membranen sitzen, ob sie zahlreich und ausgebreitet seien. Das Kind erstickt, und zwar binnen einigen Stunden; nur ein Rettungsmittel bleibt übrig, die Eröffnung der Luftröhre, um den Lungen Luft zu verschaffen. Die Tracheotomie wird eine Nothwendigkeit, so zweifelhaft der Ausgang auch sein mag; der Wundarzt kann nicht ruhig Zuschauer bleiben, sondern er muss bedenken: *Melius remedium anceps, quam nullum.* Ist man zu derjenigen Periode gelangt, in der die falschen Membranen nur den Kehlkopf eingenommen haben, so stellt sich die Sache sehr günstig, besonders, wenn die Krankheit früh nach ihrem Eintritt bekämpft wird. Je länger man aber wartet, desto ungünstiger werden die Verhältnisse. Sobald Sie sehen, meine Herren, dass Sie es mit einem ächten Krup zu thun haben, so müssen Sie, ohne sich etwa gar zu gewaltig mit der Operation zu übereilen, dennoch alle Möglichkeiten, wie Sie es ungefähr beim eingeklemmten Bruche thun würden, sich vor Augen stellen; Sie müssen sich immer fragen, nicht, soll ich jetzt die Operation machen, sondern, darf ich mit der Operation noch länger warten? Demnach wirken Sie kräftig und energisch mit Arzneien ein, aber nachdem Sie es gethan, operiren Sie, so früh als möglich. Die Operation ist meistens dadurch misslungen, dass man sie zu spät gemacht hat."

„Wird man in Fällen, die denen analog sind, von denen wir gesprochen haben, sich fragen: da falsche Membranen auf den Mandeln nicht zu sehen sind, ist dieses nicht eine Gegenanzeige gegen die Operation? Allein das Kind ist in Erstickungsgefahr, diese Gefahr allein überwiegt alle Gegenanzeigen und indizirt die Operation. Das Kind kann nur mit Mühe und unter grosser Anstrengung Athem holen, und ob Krup vorhanden sei oder nicht, es muss die Luftröhre geöffnet werden, um das Kind vor Erstickung zu retten. Sind falsche Membranen nicht vorhanden, desto besser und desto sicherer wird der Erfolg sein. Hat das Kind falsche Hautfetzen von sich gegeben, sind deren in den Bronchien vorhanden, so ist die Heilung nicht unmöglich, obwohl der Fall ernster ist; denn dann ist nicht blos einfacher Krup vorhanden, sondern *Tracheitis pseudo-membranosa.*

Sie sehen hier, m. H., eine falsche Membran von der grössten Ausdehnung und Vollständigkeit; sie ist gewissermaassen der Abdruck der Luftröhre mit ihren Bronchialästen; die falsche Membran ist durch einen Husten von einem Kinde ausgeworfen worden, welches wir vor einigen Jahren behandelten. Sie sehen, dass auch unter schwierigen Umständen Heilung erfolgen kann; es kann ein Kind in der Luftröhre und selbst in grossen Bronchien falsche Membranen haben, ohne dass die Athmung dadurch verhindert wird; es ist dies aber nicht der Fall, wenn die falschen Membranen auf den Stimmbändern sitzen, die nur einen äusserst engen Raum zwischen sich haben; die geringste pseudomembranöse Ablagerung an dieser Stelle verschliesst die Oeffnung und bewirkt Erstickung. Das Kind, von dem ich Ihnen diese grossen falschen Membranen vorgezeigt haben, wurde mir eines Tages zur Konsultation gebracht; es hatte etwas Fieber und hustete ein wenig; man setzte einige Blutegel am After, etwa 4 Tage nachher brachte mir der Vater des Kindes die von diesem ausgeworfene Haut und erzählte uns die Umstände, unter den es geschehen war. Dies Kind hatte niemals eine heisere Stimme und einen ächten Kruphusten; es litt nur ein wenig an Erstickungsbeschwerden im Augenblicke, als es die falschen Membranen auswarf. Wir hatten vor einiger Zeit in unserem Hospitale eine Nonne, die auch Pseudo-Membranen auswarf, ohne eigentlich Krup zu haben. Wenn sich also aus diesen Thatsachen ergiebt, dass man von einer *Tracheo-Bronchitis pseudo-membranosa*, wobei nicht eigentlicher Krup ist, geheilt werden kann, so dürfen wir wohl mit Recht schliessen, dass, wenn Beides zusammentreffe, man die Operation unternehmen muss. Die Umstände sind dann sehr übel; aber da man jede der beiden Krankheiten allein heilen kann, so hat man auch das Recht anzunehmen, dass man sie heilen kann, wenn sie beide vereint sind. Denen, die Gelegenheit gehabt haben, eine ziemliche Anzahl von Krup zu sehen, und die wohl wissen, dass man unter sehr schwierigen Umständen bisweilen Heilung bewirkt, ist es einleuchtend, dass man, je schwieriger die Umstände sind, desto schneller zur Operation schreiten muss."

„Wir wollen nun annehmen, der Moment der Operation sei gekommen, und wir haben es mit einer einfachen Asphyxie in Folge von Verstopfung oder Verschliessung des Kehlkofes zu thun, — welche Vorsichtsmaassregeln sind dann zu ergreifen? Es kann nicht meine Absicht sein, die Operation der Tracheotomie hier zu schildern, man findet sie in allen Handbüchern über operative Chirurgie hinreichend erörtert.

Wir wollen blos sagen, dass wir nicht ein neues Operationsverfahren erfinden, noch gar unsern Vorrath von Instrumenten durch ein neues vermehren wollen. Wir bedienen uns nur eines geraden Bisturis und machen die Operation auf die möglichst einfachste Weise. Zwar muss man, um gegen alle Möglichkeiten gewaffnet zu sein, auch noch verschiedene andere Instrumente bei der Hand haben, aber man muss sich deren so wenig als möglich bedienen. Was man haben muss, sind feine Stückchen Schwamm an Fischbeinstäbchen befestigt, so beschaffen, nur dass sie kleiner sind, wie diejenigen, deren man sich zur Aetzung der Mandeln und des Pharynx bedient. Auch muss eine Ringpinzette mit winklig gebogenen Aesten vorhanden sein, um lose Hautfetzen damit fassen und aus der Luftröhre herausziehen zu können."

„Welches sind die Indikationen, die man durch diese Operation erfüllen will? Zuerst nämlich will man dem Kinde ein freies Athmen verschaffen, und dann will man die Austreibung der falschen Membranen erleichtern. Wenn in der Luftröhre krankhafte Produktionen nicht vorhanden sind, so ist Alles geschehen, sobald die Operation geschehen ist. Man hat nichts weiter zu thun, als die Lefzen der Wunde auseinander zu halten. Sind aber falsche Membranen vorhanden, die sich an der Wundöffnung darstellen oder halb nach aussen getrieben sind, so muss man nicht säumen, sie herauszuziehen. Man hat angerathen, zu diesem Zwecke kleiner Schwämme sich zu bedienen, die man vorher in warmes Wasser taucht, dann langsam in die Luftröhre einführt und sie schnell unter drehender Bewegung zurückzieht; man muss aber bedenken, dass man bei diesem Verfahren leicht die pseudo-membranösen Produktionen in die Bronchen hinabstösst. Wir fürchten dieses Ereigniss und bedienen uns deshalb, wo wir nur irgend können, der oben erwähnten Winkelzange, und wir suchen damit, um uns des Ausdruckes zu bedienen, die falschen Membranen in der Luftröhre gleichsam zu angeln. — Wenn nun beiden Indikationen genügt ist, wenn das Kind frei athmet, hat man nichts weiter zu thun, kann man die Wunde sich selbst überlassen? Nein, man muss die Wunde offen halten, weil das Kind von Neuem ersticken kann ,und zu diesem Zwecke wendet man ein metallisches Röhrchen an. Am bekanntesten ist das Bretonneau'sche Röhrchen, welches aber, so gut es auch ist, den Nachtheil hat, den alle übrigen Röhrchen haben, d.h. man muss es wegnehmen, um es zu reinigen. Man muss bedenken, dass bald nach der Operation die Lefzen der Wunde anschwellen und dass es dann wieder sehr schwierig ist, sowohl das Röhrchen herauszunehmen, als es wieder einzusetzen.

Wir sind deshalb auf den Gedanken gekommen, ein genau dem Röhrchen angepasstes Stückchen Holz oder Fischbein erst in dasselbe einzuschieben, bevor man es wegnehmen will, und dann dieses über das Stückchen Holz herauszuziehen; das Stückchen Holz kann auch hohl sein. Ueber diese innere hölzerne Röhre kann man die äussere wieder hinüberschieben. Hr. Trousseau hat mit dieser Röhre die Veränderung vorgenommen, dass er die innere auch von Metall anfertigen lässt; er zieht immer nur die innere heraus und setzt statt deren eine frische ein; die äussere Röhre wird gar nicht herausgenommen, nur die innere wird gewechselt, verbleibt aber in der äussern. — Ist einmal die Operation geschehen und geschieht die Athmung wieder mit voller Freiheit, so ist die Frage: soll man die Röhre sogleich in die Wunde einsetzen oder soll man damit warten? Einige Autoren, so auch Hr. Trousseau, haben geglaubt, dass es gut sei, sogleich in die Luftröhre mit Schwämmen, die mit einer leichten Auflösung von Höllenstein getränkt sind, hinabzufahren. Herr Bretonneau ist noch weiter gegangen; er befestigte an ein sehr feines Fischbeinstäbchen einen sehr feinen Schwamm, womit er schnell in die Bronchien hinabfuhr. Soll diese Kauterisation der Trachealschleimhaut immer gemacht werden? Nein, sobald man falsche Membranen nicht sieht. Bei den Kindern, an denen wir zuletzt wegen Krup die Tracheotomie gemacht haben, haben wir es nicht gethan. Wir gestehen, dass wir uns vor diesem Mittel etwas fürchten; wir sind gern in allen Dingen mässig und wollen nur in der äussersten Noth unsere Zuflucht dazu nehmen."

„Wir haben, m. H., über die Folgen der Operation wenig zu sagen. Ist einmal das Röhrchen eingebracht, so hat man es nur mit dem innern Röhrchen noch zu thun. Nach etwa 6—8 Tagen untersucht man die Art und Weise, wie das Kind athmet, wenn man die künstliche Oeffnung zuhält, zu welchem Zwecke es freilich gut ist, das Röhrchen zu entfernen. Geht die Respiration bei zugehaltener Oeffnung leicht von Statten, so braucht man das Röhrchen nicht wieder einzusetzen. Stösst das Kind jedoch noch falsche Membranen aus, ist die Respiration nicht frei, so setzt man das Röhrchen wieder ein; Kinder waren bisweilen genöthigt, 20—30 Tage das Röhrchen zu tragen. Meistens jedoch genügen 8—12 Tage."

„Ist das Röhrchen herausgenommen, so nähert Herr Bretonneau die Lefzen der Wunde mit Pflasterstreifen. Dieses scheint uns unnütz; die weichen Theile haben immer die Neigung, sich einander zu nähern; auch löst der Schleim die Pflasterstreifen häufig los. Die

Heilung geschieht doch durch Granulation, und man kann sie demnach ruhig sich selbst überlassen; sie geschieht binnen 8—10 Tagen. So wie die Chirurgie ihr Ziel erreicht hat, muss man nicht vergessen, dass man auch Arzt ist, und dass eine richtige Nachbehandlung eben so wichtig, ja noch wichtiger ist, als die Operation."

(Schluss im folgenden Hefte.)

IV. *Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.*

A. *Société de Médecine* in Paris.

Ueber die Wirkungen und Darreichung des Kalomels bei ganz kleinen Kindern.

Bei Gelegenheit einer Diskussion über diesen Gegenstand erwähnt Hr. Guy, dass man der Ansicht sei, das Kalomel bewirke bei Kindern niemals Salivation. Er habe wohl Salivation und selbst bei neugeborenen Kindern folgen sehen. Giebt man kleinen Kindern das Kalomel in zu schwacher Dosis, so dass es keine purgirende Wirksamkeit hat, so erzeugt es eine Affektion des Mundes, die allerdings schnell brandig wird, aber auch bisweilen nur zur Salivation führt; letzteres ist allerdings der seltnere Fall. — Hr. Latour bemerkt, dass er den Kindern niemals das Kalomel ohne Zusatz von Rheum oder Jalappe gebe; mit diesem Zusatze wirke es auf den Darmkanal und habe niemals eine nachtheilige Einwirkung auf den Mund. — Auch Hr. Chailly hat bei Neugeborenen, denen man eine sehr lange Zeit Kalomelpulver auf eine Wunde, welche nach Abfall der Nabelschnur durchaus nicht heilen wollte, eingestreuet hatte, Salivation folgen sehen, und ist ebenfalls der Ansicht, dass man, wenn man eine Affektion des Mundes, Brand oder Salivation, bei dem Gebrauch der Merkurialien verhüten will, das Mittel purgirend wirken lassen müsse.

B. *Société de Chirurgie* in Paris.

1. Lithotomie bei einem Kinde, Tod, Blutgerinnsel im Herzen, deren Bedeutung.

Hr. Malgaigne zeigt eine grosse Zahl von Steinfragmenten, die er durch einen Seitensteinschnitt aus der Blase eines Kindes herausgeschafft hatte. Bei Berührung des Steins mit der Sonde schien ersterer sehr hart zu sein, aber als die Zange ihn fasste, zeigte er sich sehr zerreiblich und zerbrach schon bei sehr schwachem Drucke in viele kleine Stücke. Den harten und nicht zerbrochenen Kern kann man noch erkennen; eben so die verschiedenen zertrümmerten Schichten, die ihn umgeben hatten. Das Herausschaffen der Fragmente war sehr schwierig, da die Löffelzange mehrmals wiederholentlich eingebracht werden musste. Würde in diesem Falle die Lithotritie besser gewesen sein? Hr. M. ist nicht der Ansicht; er glaubt, die Lithotritie wäre in diesem Falle noch viel gefährlicher gewesen, als die Lithotomie, weil es sehr schwierig gewesen sein würde, den Austritt der Fragmente zu bewirken. Er wollte vom Mastdarme aus den Grund der Blase erreichen, in welchem die Steinportionen sich befanden, aber er konnte nicht dazu gelangen. Er betrachtet diesen Fall zugleich als einen Beweis, dass der Celsus'sche Schnitt nicht immer bei Kindern ausreiche, wie man gewöhnlich angiebt. — Am 5ten Tage nach der Operation starb das Kind. In den ersten Tagen war es ganz gut gegangen, aber am 4ten traten sehr heftige Leibschmerzen ein; am 5ten Morgen wurde zur Ader gelassen; das Blut war mit einer pleuritischen Kruste bedeckt und hat sehr wenig Serum. Dieser Aderlass beseitigte die Symptome; die Intelligenz blieb klar, und gegen 7 Uhr befand sich der kleine Kranke ganz vortrefflich, als plötzlich eine sehr auffallende Veränderung eintrat. Der Bauch schwoll an, wurde wieder schmerzhaft; es stellten sich unfreiwillige Kothausleerungen ein; die Augen bekamen einen Ausdruck von Stumpfheit; der Puls wurde intermittirend, und wenige Stunden darauf trat der Tod ein. Bei der Untersuchung fand man eine ziemliche Menge klaren Serums im Herzbeutel; in der rechten Herzhöhle einen dicken; gelblichen, resistenten, mit seiner inneren Fläche ansitzenden Blutklumpen, und im rechten Herzohre einen anderen Klumpen von derselben Färbung, derselben Konsistenz und derselben Adhäsion. — Diesen Blutklumpen schreibt Hr. M. den unvermutheten Tod des Operirten zu; er glaubt, dass sie

sich 3 — 4 Stunden vor dem Tode gebildet haben, und von ihnen macht er den intermittirend gewesenen Puls abhängig. Die Lungen und die linke Herzhälfte waren blutleer. — Obgleich der Bauch geschwollen und schmerzhaft gewesen war, so sah man doch keine Spur einer Peritonitis. In der *Fossa iliaca* dagegen fand sich eine enorme Infiltration von Eiter, der sich aber nicht in einen Abszess gesammelt hatte; diese Eiterinfiltration erstreckte sich abwärts hinter dem Bauchfelle bis zum unteren Theile des Beckens. Man hätte aus dieser Eiterinfiltration auf eine Ergiessung von Urin in das Zellgewebe schliessen können, aber auch die genaueste Untersuchung zeigte keinen solchen Erguss. Die Schleimhaut der Harnblase war verdickt und mit Tuberkeln besetzt; der linke Ureter sehr weit, obgleich seine Mündung in der Blase nicht grösser als gewöhnlich war. Die Nieren und der Mastdarm waren gesund. — Hr. M. ist der Ansicht, dass der Einschnitt in die Prostata, wie er von ihm bei dem seitlichen Schnitte verübt worden, gar keine Schuld an der Eiterergiessung habe. Er ist geneigt, diese mehr den grossen Anstrengungen, die das Kind während des so schwierigen Herausschaffens der Steinfragmente zu ertragen hatte, so wie vielleicht einer Erkältung beizumessen. Er glaubt auch nicht einmal, dass der Tod die Folge der Eiterergiessung im Becken ist; diesen schreibt er, wie gesagt, den Blutklumpen in der rechten Herzhälfte zu. Mit Bichat ist er der Ansicht, dass man am Herzen, an der Lunge oder am Gehirne stirbt. Wenn auch seit Morgagni viele Autoren die nach dem Tode gefundenen Blutklumpen im Herzen mehr für die Wirkung der Agonie oder für eine rein kadaveröse Erscheinung halten, so glaubt er doch, dass solche Blutklumpen, wie diese, die angewachsen sind, wohl anders betrachtet werden müssen, und dass sie wohl im Stande sind, dem Leben schnell ein Ende zu machen.

Hr. Guersant bemerkt zuvörderst, dass er einen Knaben gesehen, bei dem Segalas die Lithotritie vorgenommen hat, worauf aber in der Blase eine grosse Menge von Steinfragmenten zurückblieb, die nicht austreten konnten. Man war genöthigt, den Steinschnitt zu machen, und zog 91 Grammen Stein heraus; die Operation war sehr beschwerlich, denn man musste 32 Mal die Zange und mehrmals auch den Löffel einführen; das Kind ist jedoch geheilt worden. — Was die Ursache des Todes bei dem von Hrn. M. operirten Kinde betreffe, so könne er nicht derselben Ansicht sein. Die im Herzen gefundenen Blutklumpen sind gewiss nicht die eigentliche und wahre Ursache des Todes, sie beweisen nur, dass vor dem Tode die Zirkulation verzögert

oder aufgehalten war. Seiner Ansicht nach ist die Ursache des Todes bei dem Kinde gewiss nichts anders als die Entzündung des Zellgewebes des kleinen Beckens in Folge der Resorption von Urin, die sehr wohl stattgefunden haben kann, obgleich 3 Centimeter den Schnitt durch die Prostata von dem Eiterheerde trennten. Bei grossen Einschnitten in die Prostata muss der Urin nach und nach in das Zellgewebe sich infiltriren. Immer war es die Infiltration von Urin in dem Zellgewebe des Beckens, wodurch die Kranken gestorben sind, die er verloren hat, und er ist überzeugt, dass die guten Erfolge, die er bei Kindern mit der Lithotomie erlangt hat, nur dem Umstande beizumessen sind, dass er den Bilateralschnitt gemacht hat; er macht in die Prostata zwei kleine Einschnitte nach rechts und links, welche das Zellgewebe nur sehr wenig blosslegen. Es ist auch von den Anstrengungen gesprochen worden, die das Kind während der Operation auszuhalten hatte, und man hat sie als veranlassende Ursache der Entzündung betrachtet; er wolle solche Ursache nicht ganz und gar zurückweisen, aber er müsse doch sagen, dass er mehrmals die Operation in eben so angreifender Weise gemacht habe und dass doch der Erfolg ein guter gewesen.

Hierauf erwiedert Hr. M., dass er zugeben wolle, die Eiterbildung sei die Ursache einer Veränderung des Bluts, aber er könne davon keinesweges die Schnelligkeit, mit welcher der Tod eingetreten ist, herleiten. Anfänglich sind am Kr. Zufälle bemerkbar gewesen, welche momentan von der Behandlung beseitigt worden sind, und die nachher auf eine eigenthümliche Weise wieder erschienen, worüber jedoch der Leichenbefund vollkommen Auskunft gab. Wäre die Eiteransammlung die Ursache des Todes gewesen, so hätten sich ganz andere Symptome eingestellt. Es ereignet sich bisweilen der Tod, ohne dass man ihn der Affektion irgend eines der Zentralorgane beimessen kann; aber hier in diesem Falle haben Veränderungen gezeigt, dass es das Herz ist, woran der Kr. gestorben. In der Chirurgie giebt es direkte Ursachen des Todes, die man gewissermaassen erfassen und sehen kann; bei einer Fraktur des Schädels ist es das Gehirn, bei der tiefgehenden Brustwunde ist es die Lunge oder das Herz, wodurch der Tod bewirkt wird. In der Therapie ist es nicht so einfach; so ist es bis jetzt noch nicht möglich gewesen zu begreifen und zu erklären, wie durch Eiterresorption der Tod bewirkt wird. Der pathologischen Anatomie gebührt die Ehre, gezeigt zu haben, dass man nicht an einer Operation stirbt, sondern an den Zufällen, welche die Folge der Operation sein können; es ist noch sehr viel zu thun, um die direkte

Ursache des Todes in vielen Fällen mit Bestimmtheit darzuthun. Allerdings halte er die Infiltration des Urins und die Absorption von Eiter nach der Lithotomie ohne grosse Einschnitte der Prostata nicht für unmöglich; er habe sie gesehen bei sehr kleinen Einschnitten, und er glaube, dass weniger die Einschnitte, als die nachfolgenden Anstrengungen, die der Kr. auszuhalten hat, die Ursachen davon sind.

Hr. Vidal ist ebenfalls überzeugt, dass der Tod überall nur durch eins der drei Hauptorgane erfolge, durch das Gehirn, das Herz oder die Lungen, und es sei so viel klar, dass man an einem blossen Abszesse nicht stirbt. Was die Infiltration des Harns betreffe, so halte auch er einen Einschnitt in die Prostata, der über die Basis dieser Drüsen hinausgeht, sehr schädlich. Hr. M. ist aber bis unterhalb der tiefen Aponeurose gegangen, er hat also das Zellgewebe des Beckens in ziemlicher Strecke verletzt und blossgelegt; es ist also anzunehmen, dass der Urin sich infiltrirt hat. Die Wirkungen des Urins auf das Zellgewebe kenne man aber noch nicht genug. Bei Greisen wirkt er auf die Texturen, die er berührt, ertödtend und erbrandend, ohne dass eine Eitererzeugung eintritt. Bei Kindern aber führt er zu Abszessbildungen. Es ist wahr, dass die kleinen Einschnitte in die Prostata das Zellgewebe unverletzt lassen, aber es geschieht dieses nur, wenn auf die Schnitte keine Risse folgen, die mit der Steinzange leicht bewirkt werden; denn solche Einrisse sind noch viel gefährlicher als grosse Einschnitte. In den Fällen, in denen sich Abszesse bilden, muss man also untersuchen, ob solche Einrisse stattgefunden, denn alsdann können die Abszesse nicht in Verwunderung setzen. Hr. Vidal bemerkt, dass er vielfache Untersuchungen angestellt, woran die Kranken in Folge des Steinschnittes sterben, und dass er gefunden, dass meistens Krankheiten der Nieren und der Harnleiter, Harninfiltration ins Becken und in Ausnahmefällen Peritonitis die Folgekrankheiten sind.

Hr. Robert fragt sich, ob der Tod nicht aus anderen Ursachen entstanden sein könne, als aus denen, die Hr. M. annimmt. Er glaubt, dass man bei der Eiterresorption niemals sagen könne, an welchem Organe der Kr. stirbt; man findet Abszesse in verschiedenen Geweben; man findet das Blut flüssig, zerfliessend, entfärbt; diesen Zustand des Bluts muss man wohl bedenken, denn man kann auch an einer grossen Perturbation des Blutsystems sterben, wie man an einer Perturbation des Nervensystems stirbt. Nicht selten findet man bei Solchen, die in Folge des Steinschnitts gestorben sind, nur einen Abszess

des Beckens und nichts weiter im Herzen. Kann nicht bisweilen eine Phlebitis der verletzten Venen sich bilden? Hat Hr. M. die vesiko-prostatischen Venen, die er bei seinem grossen Schnitte in grosser Zahl durchschnitten hat, genau untersucht? Er seinerseits habe immer einen Fall im Gedächtniss, den er mit Angst beobachtet hat. Ein Mann war im Hôtel-Dieu an Eiterresorption gestorben, und man hat in verschiedenen Organen Abszesse gefunden; Dance, der der Ansicht war, dass solche Abszesse ohne Phlebitis sich nicht bilden können, untersuchte mit der grössten Sorgfalt und fand endlich in der Blase eine Stecknadel, welche Abszesse der Prostata und Eiterbildung der umgebenden Venen herbeigeführt hat. Es bedarf dieser Gegenstand offenbar noch eines viel genaueren Studiums.

Hr. Huguier weist darauf hin, dass wir noch nicht einmal die Ursache kennen, wodurch das Blut gerinnt, namentlich bei Lebenden; er ist zu der Ansicht geneigt, dass gerade der Eintritt von Eiter ins Blut solche Gerinnung zur Folge habe. Als er noch im Kinderhospitale Dienste that, untersuchte er die Leiche eines Knaben, der in Folge der Amputation des Oberschenkels wegen eines freiwilligen Brandes gestorben war; er fand das Blut im ganzen unteren Theile der Aorta in ihren Aesten von der *A. mesenterica inferior* an geronnen, und ausserdem einen sehr grossen Abszess in der Milz; das Kind hatte lange Zeit an intermittirenden Fieberanfällen gelitten. Als er die Integrität der Arterienwandungen sah, fragte er sich damals, wie er es jetzt in M's Falle thun würde, ob der Eiter, wenn er ins Blut gerathet, dasselbe nicht zur Gerinnung disponire?

Hr. Guersant stimmt für die Ansicht der letzten beiden Redner. In einem Falle von spontanem Brande hat er eine doppelte Amputation des Oberschenkels gemacht, das Kind ist gestorben, und bei der Untersuchung fand man in der Aorta einen Blutklumpen, der ebenfalls in der Höhe der *A. mesenterica inferior* begann, ohne dass die innere Membran eine Spur von Entzündung zeigte.

Hr. Deguise hat in vielen Leichen Solcher, die an Pneumonie und an Nervenfieber gestorben sind, Blutklumpen im Herzen angetroffen, die viel grösser waren, als die von Hrn. M. vorgezeigten, und es ist noch Niemand auf den Gedanken gekommen, diesen Blutklumpen die Ursache des Todes beizumessen. Findet man Abszesse der Art, wie sie Hr. M. angegeben hat, so ist es nicht nöthig, noch eine andere Ursache des Todes aufzusuchen.

Hr. Malgaigne glaubt, dass die Ansicht, die man über den Ei-

fluss des Eiters auf das Blut, wenn er diesem beigemischt wird, sich gemacht hat, eine reine Hypothese sei, nämlich so weit es die Gerinnung betrifft. Was übrigens die grosse Wichtigkeit anlangt, die man darauf gelegt hat, dass die Prostata nicht zu weit eingeschnitten werde, so ist zu bemerken, dass man darin auch zu weit geht; die Erfahrung von Jahrhunderten spricht sich darüber aus. Er wolle nicht weiter hinaufgehen als bis zu Franco; dieser schnitt Alles durch, was er antraf, ohne sich um die Prostata zu bekümmern; Cheselden war berühmt wegen seiner grossen Einschnitte; Foubert hat selbst ausserhalb der Prostata in die Blase eingeschnitten; Bruder Côme hat sogar die Prostata in ihrer ganzen Dicke durchschnitten, und Souberbielle war ganz derselben Ansicht. Die jetzige Ansicht steht als eine ganz neue da; sie hat sich eingeschlichen, man weiss nicht woher und ohne dass sie in Zusammenhang mit der Erfahrung steht. Deschamps hat zuerst darüber gesprochen, nachdem er eine Menge Untersuchungen vorgenommen, die aber gerade das Gegentheil beweisen. Die Ansicht gründet sich einzig auf anatomische Data, aber keineswegs auf Erfahrung. Wenn man also nach den Angaben der Anatomen immer wiederholt, dass der Einschnitt über die Prostata hinaus zu einer Harninfiltration zu führen im Stande sei, so ist diese Infiltration noch durch keine Autopsie nachgewiesen worden. Auch die Verschiedenheit der Wirkung der Harninfiltration bei Greisen und bei Kindern, wie sie Hr. Vidal angiebt, hält Hr. M. nicht für erwiesen. Er fürchtet, dass man Eiterinfiltration mit Harninfiltration verwechselt habe, und in dem von ihm mitgetheilten Falle ist es eine pure Unmöglichkeit, dass der Urin die Brücke, welche zwischen dem Einschnitte der Prostata und dem Abszesse bestand, überschritten haben könnte. Was die Phlebitis betrifft, die er übersehen haben sollte, so muss er bemerken, dass gar keine Symptome einer Eiterinfektion bei seinem Kranken vorhanden waren, und dass er allerdings die Prostata und die Blase genau untersucht, aber nicht die geringste Spur einer Venenentzündung gefunden habe. Er könne nicht anders als der Ansicht sein, dass je grösser der Schnitt, desto leichter der Urin seinen Ausgang nach aussen finde, und folglich desto weniger sich in die Gewebe infiltrire.

---

2. Ueber Bildung eines künstlichen Afters unter schwierigen Umständen.

Hr. Nelaton wurde zu einem kleinen 15 Tage alten Mädchen gerufen, welches keine Spur eines Afters hatte; der Koth trat zur Scheide heraus, in welche der Mastdarm sich mündete; Hr. N. hielt es für möglich, mittelst einer Operation das Ende des Darms in seine Normallage zurückzuführen, und er verfuhr auf folgende Weise: Er machte da, wo sonst die Afteröffnung zu sein pflegt, einen Einschnitt, ging vorsichtig immer tiefer und gelangte bis zum Darm. So wie er diesen erkannte, löste er ihn vorsichtig von dem umgebenden Zellgewebe los, zog einen Faden um den Winkel herum, den der Darm nach unten zu bildete, schnitt ihn dann durch und löste ihn von der Vagina ab. Da der Darm beweglich war, so war es leicht, ihn mehr herabzuziehen. Er ergriff ihn an seinem Rande und fixirte ihn mit einigen Nähten an die im Damme gemachte künstliche Oeffnung. Die Oeffnung der Vagina war von dem vorderen Ende des Darms verstopft. Die Operation hatte einen sehr guten Erfolg. 24 Stunden nachher hatte das Kind kein Fieber, nahm sehr gut die Brust, und der Koth trat durch den künstlich gemachten After heraus.

---

3. Ueber die Schwierigkeit der Geschlechtsbestimmung bei manchem Kinde.

Hr. Guersant hatte ein 6 Monate altes Kind zu besichtigen, das in die Geburtsliste als Mädchen eingeschrieben war. Man sieht an diesem Kinde eine Art sehr langer Klitoris, welche vor den beiden grossen Hautfalten, die wie Schamlefzen erscheinen, herabhängt; unterhalb sieht man eine Rinne, die sich bis zum mittleren Theile des Dammes erstreckt. Inmitten dieser Rinne ist eine grössere Vertiefung. Hr. G. führte einen Katheter in diesen Gang, und der Austritt einer gewissen Menge Urin gab ihm den Beweis, dass er in die Blase eingedrungen, und dass sie der Gang der Harnröhre war. Er steht nun nicht an, zu erklären, dass das Kind kein Mädchen sei, sondern ein Knabe, und zwar ein Knabe mit einem Hypospadias an der Wurzel des Penis. Die Hoden suchte er vergeblich in den Seitenfalten, die man für Schamlefzen gehalten hatte, und er glaubt deshalb, dass die Hoden noch im Bauche sich befinden.

Hr. Huguier bedauert aber, dass Hr. G. sich so schnell entschieden hat, das Kind für einen Knaben zu erklären; denn da er die Hoden nicht gefühlt hat, so bleibt das Geschlecht des Kindes noch sehr zweifelhaft, trotz dessen, dass er mit dem Katheter in die Blase gedrungen war. Er erinnert daran, dass er vor einiger Zeit der Akademie ein Kind mit ganz derselben Missbildung vorgestellt hatte. Im ersten Augenblick erklärte man das Kind auch für einen missgebildeten Knaben, aber als man das Kind nach dem Tode untersuchte, fand man einen Uterus und zwei Eierstöcke; er glaubt deshalb, dass man in so zweifelhaften Fällen mit der Bestimmung, ob es ein Knabe oder Mädchen sei, warten müsse bis zur Geschlechtsreife. — Dagegen bemerkt Hr. G., dass bei dem eben erwähnten Kinde, das er zu untersuchen hatte, er auch nicht die geringste Spur einer Vagina antraf, und dass er wohl an jeder Seite die *Corpora cavernosa* gefühlt habe, deren Druck sogar eine Art Erektion bewirkte.

C. *Pathological Society* in Dublin.

Sehr akute Arachnitis mit überaus schnellem Verlaufe.

Dr. Mayne sagte, er wünsche die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf zwei Fälle von ausserordentlich akuter Arachnitis zu ziehen, welche in den vergangenen 14 Tagen ihm vorgekommen sind. Er hält diese beiden Fälle deshalb für interessant, weil die Symptome in beiden fast dieselben gewesen waren, und weil auch nach dem Tode beide fast dieselben Erscheinungen darboten. Beide Fälle verliefen so äusserst schnell, dass die Behandlung keinen Einfluss auf sie auszuüben vermochte.

Der Gegenstand des ersten Falles, ein Knabe, 4 Jahre alt, war lange ein Bewohner im Armenhause des südlichen Unterstützungsvereines, und hat bis dahin nie über irgend Etwas zu klagen gehabt. Am 24. März Morgens war er noch eben so wohl, wie alle übrigen Kinder, und ass sein Mittagsmahl mit Appetit; gegen Abend jedoch wurde er ganz plötzlich von Schmerz im Bauche und von Uebelkeit ergriffen und bekam bald nachher Erbrechen. Die ganze Nacht über befand er sich unwohl und verlangte fortwährend kaltes Wasser, das er aber kaum getrunken hatte, als er es wieder ausbrach. Als am nächsten Morgen Hr. M. den Knaben sah, wurde er von dessen Aussehen ergriffen; das Antlitz hatte etwas Tetanisches, die Gesichtszüge

nämlich waren viel markirter und die Gesichtslinien traten überall viel schärfer hervor, als es bei einem Knaben in diesem Alter zu sein pflegt. Dabei war der Kopf rückwärts nach dem Nacken hingezogen, so dass der Hinterkopf fest gegen die Wirbelsäule stand. Sehr viele Muskeln, besonders die des Rückens, waren starr, die unteren Gliedmaassen waren steif und halb gebeugt. Als man den Knaben aufrecht stellte, konnte er sein Gleichgewicht auch nicht einen Augenblick erhalten, da alle Willenskraft über die Muskeln verloren zu sein schien. Der Knabe hatte immer noch Erbrechen; die epigastrische Gegend war beim Drucke empfindlich, aber es war keine Anschwellung des Bauches vorhanden. Auf Befragen sagte der Knabe deutlich, er fühle keinen Kopfschmerz, auch bemerkte man weder eine Kongestion der Konjunktiva, noch Strabismus, noch Hitze der Kopfhaut, noch irgend ein anderes Gehirnsymptom. Hr. M. war sehr zu entschuldigen, wenn er um diese Zeit noch über die Natur dieses Uebels einigen Zweifel hegte; die ausserordentliche Empfindlichkeit des Bauches und das hartnäckige Erbrechen, so wie der plötzliche Eintritt des Zustandes, deuteten mehr auf Magenentzündung, während die ausserordentliche Starrheit vieler Muskeln anzuzeigen schien, dass das Nervensystem affizirt sei. Jedenfalls liess Hr. M. den Kopf des Kindes kahl scheeren und Kälte auf ihn wirken; dann gab er Klystiere, um Leibesöffnungen zu bewirken, und verordnete kleine Gaben Merkur.

Am nächstfolgenden Morgen, also etwa 36 Stunden nach dem Eintreten des Uebels, wurde es immer klarer, dass die Nervenheerde der Sitz der Krankheit seien; der Puls, der vorher 130 gewesen war, war jetzt bis auf 60 gesunken; der Kranke gähnte, hatte die ganze Nacht durch gebrochen und befand sich jetzt in einer Art von Stupor; der Kopf war noch gewaltsam rückwärts gegen die Wirbelsäule gezogen, und was der Knabe trank, brach er sogleich wieder aus. Blutegel auf dem Kopfe und Blasenpflaster thaten gar nichts, und am dritten Tage war der Zustand noch übler. Während der nächsten Nacht traten äusserst kräftige Krämpfe ein, so dass die Wärterin ihn kaum halten konnte, sondern ihn mit Handtüchern binden musste. Bald wurden auch die Gliedmaassen kalt, es traten die übrigen Symptome des letzten Stadiums eines Gehirnleidens ein und der Knabe starb am vierten Tage.

Die Leichenschau enthüllte viele Spuren von akuter Arachnitis; die die Hemisphären des Gehirns bekleidende Piamater war in einem sehr kongestiven Zustande, die Arachnoidea selbst fühlte sich trocken

an, und unter ihr befand sich eine beträchtliche Menge Lymphe, besonders längs der Basis des Gehirns; auch das Rückenmark war damit bedeckt. Er könne, sagt Hr. M., wenn er auf diesen Fall zurückdenke, nicht umhin, zu bedauern, dass er nicht im Anfange gleich viel kräftigere Mittel zur Bekämpfung der Krankheit angewendet habe, und er nahm sich vor, wenn sich ja wieder ein solcher Fall ereignen sollte, mit grosser Energie einzugreifen.

Die Gelegenheit dazu ereignete sich sehr bald. Schon 3 Tage nachher, am 30. März, wurde ein Knabe, 9 Jahre alt, fast von denselben Symptome ergriffen. Nachdem er sein Mittagsessen mit Appetit zu sich genommen, bekam er heftige Schmerzen im Magen und fing bald an zu brechen. - Hr. M. erkannte sogleich die Identität dieses Falles mit dem vorigen, auch war der Kopf eben so rückwärts gezogen und das Antlitz hatte fast denselben Ausdruck. Die Muskeln der Extremitäten waren nicht so steif, wie in dem vorerwähnten Falle, aber die des Nackens waren eben so starr, und die Empfindlichkeit des Magens, so wie die übrigen Symptome waren eben so markirt. Diesmal war Hr. M., wie gesagt, entschlossen, keine Zeit zu verlieren; es wurde sogleich am Arme eine Ader geöffnet, und da diese nur wenig Blut gab, so würde die Jugularvene angestochen, die man so lange bluten liess, bis der Knabe fast ohnmächtig wurde; aber trotz der energischsten antiphlogistischen Behandlung, Rasirung des Kopfes und Anwendung von Kälte auf denselben, Anwendung von Blutegeln und Senfteigen und Kalomel, verfiel der Kranke am zweiten Tage in partielle Krämpfe. Am dritten Tage wurden die Krämpfe noch heftiger; endlich wurden die Gliedmaassen vollkommen kalt, und er starb am vierten Tage. Gegen den dritten Tag erschien das Zahnfleisch vom Merkur ergriffen, aber bald trat Durchfall ein und in der noch übrigen Zeit der Krankheit machte das Kind unter sich. Bei der Untersuchung fand man fast dieselben Erscheinungen, wie in dem ersteren Falle. Die Arachnoidea war auf der Oberfläche des Gehirns trocken, und in den Furchen sowohl, wie an der Basis, fand man ein sehr grosses Quantum gelber Lymphe, in welcher die Gehirnnerven wie eingebettet lagen; das ganze Rückenmark war bis zur *Cauda equina* von dieser Lymphe eingehüllt, die zwischen Piamater und Arachnoidea ergossen war. Weder in der Substanz des Rückenmarks selber, noch in der des Gehirns war eine Entzündung, oder sonst eine Veränderung zu bemerken, auch in den Gehirnhöhlen war keine Flüssigkeit ergossen.

Hr. M. hielt beide Fälle für interessant, 1) wegen der sehr ausgedehnten Cerebral-Arachnitis, 2) wegen ihrer Koexistenz mit Arachnitis des Rückenmarks und reichlicher Ablagerung von Lymphe. Der rückwärts gezogene Kopf, die Starrheit der Muskeln der Gliedmaassen, der tetanische Ausdruck des Antlitzes, gaben zusammen ein Krankheitsbild, das charakteristisch genug war und in der Folge keinen Zweifel mehr hinterlassen kann. Interessant und zugleich betrübend ist aber auch die Wirkungslosigkeit jedes Heilverfahrens.

V. Miszellen und Notizen.

Guter Leberthran muss nach Donovan's Untersuchungen hellgelb und klar sein und wie frische Austern riechen. Der braune Leberthran unterscheidet sich vom blassen nur dadurch, dass er unrein ist; ein solcher Leberthran ist braun und etwas trübe. Ist er dunkelbraun und durchsichtig, so liegt es daran, dass die Lebern, aus denen der Thran ausgepresst wird, sehr lange der Luft ausgesetzt waren. Je heller, klarer, unverfälschter der Leberthran ist, desto weniger unangenehm schmeckt er.

Ueber die Ansteckungsfähigkeit des Keuchhustens und über die Nothwendigkeit, die daran leidenden Kinder von den Schulen auszuschliessen, findet man einen neuen Beweis in der *Lancet* No. 1197, August 1846; da erzählt Hr. J. J. M'Gregor, Arzt in Dublin, folgenden Fall: Zwei junge Mädchen, Schwestern, die eine 10, die andere 7 Jahre, bekamen im Januar 1846 den Keuchhusten in London, und wurden während des ersten Stadiums der Krankheit ausserhalb Londons in die Schule geschickt. Zwei andere junge Mädchen wurden ebenfalls in diese Schule gesendet; sie waren vollkommen gesund, aber nach Verlauf von 10 Tagen bekamen sie ebenfalls den Keuchhusten. Am Ende der 6ten Woche, seit dem Beginn des ersten Stadiums, etwa einen Monat, nachdem das eigentliche Keuchen begonnen hatte, wurde ein kleines, 7 Jahre altes Mädchen mit noch zwei anderen Kindern, die nie den Keuchhusten gehabt haben, in die Schule geschickt, aber keins von ihnen wurde von der Krankheit angesteckt, woraus Hr. M'Gr. den Schluss zieht, dass

der Keuchhusten über die 8te Woche hinaus nicht mehr ansteckend ist. Seiner Ansicht nach müssen die Kinder im ersten Stadium nicht aus der Stube gelassen werden, während im zweiten Stadium umgekehrt Luftwechsel nothwendig ist.

Scharlach auf den Bahamainseln, dort zuerst eingeführt und 11 Wochen lang latent geblieben. Die ältesten Leute, berichtet Hr. Dr. Duncombe, Arzt in Nassau auf den Bahama's, können sich nicht erinnern, je auf diesen Inseln Scharlach gesehen zu haben; die Krankheit war dort völlig unbekannt. Im vergangenen Sommer herrschte der Scharlach in einigen nordamerikanischen Städten, und zwar auf eine sehr bösartige Weise. Unter Denen, die darunter zu leiden hatten, war auch eine Familie aus den Bahama's, die zu dieser Zeit in Philadelphia zu Besuch war. Die Familie verlor einen Sohn an der Krankheit, und von den vier Töchtern wurden drei ergriffen. Die jüngste Tochter, etwa 6 Jahre alt, war 6 Wochen lang in einem besonderen Hause von den anderen getrennt und blieb auch wirklich frei von der Krankheit; es wurde alles Mögliche gethan, um die Ansteckung zu verhüten. Die Familie blieb noch 3 Wochen in Amerika, und brauchte dann 14 Tage zur Ueberfahrt nach den Bahama's; hier kam sie am 13. Oktober an. Am 20. Dezember bekam das Kind das Scharlach in sehr heftigem Grade, obwohl während der ganzen Zeit auch nicht der geringste Verkehr mit einer infizirten Gegend stattgefunden hat, oder sonst Gelegenheit gegeben war, die Krankheit einzuführen. Nimmt man nun noch an, dass kurz vor der Einschiffung in Amerika das Kind noch infizirt worden sei, so ist doch wenigstens ausgemacht, dass, da seit der Einschiffung in Amerika und dem Ausbruche der Krankheit bei dem Kinde auf den Bahama's über 11 Wochen vergangen sind, man anzunehmen gezwungen ist, dass das Gift so lange latent bleiben kann.

Ueber die grosse Sterblichkeit der Knaben im Verhältnisse zu der der Mädchen. Im *American Journal of medical Sc.* finden wir einen Aufsatz von Dr. Emerson, worin derselbe bemerkt, dass, seitdem sehr genaue Sterblichkeitsregister geführt worden sind, sich herausgestellt hat, dass das männliche Geschlecht in den ersten Jahren des Lebens weit mehr Todesfälle darbietet als das weib-

liche. In Europa übersteigen die männlichen Geburten die weiblichen um 5—6 pCt. und in Philadelphia um mehr als 7½ pCt., und doch steht gegen das 10te Lebensjahr die Zahl der Knaben der der Mädchen fast gleich, während gegen das 15te Jahr es fast um eben so viel mehr Mädchen gegen Knaben giebt, als es früher Knaben gegen Mädchen gegeben hat. In Philadelphia ist gegen das 15te Lebensjahr die Sterblichkeit der Knaben um 15 pCt. grösser als die der Mädchen. Als Hr. E. bei dieser Frage mehr ins Einzelne ging, fand er, dass Gehirnentzündung und deren Folgen, Konvulsionen, Hydrokephalus und Entzündungen, im Allgemeinen die Krankheiten waren, welche den männlichen Kindern sich besonders tödtlich erwiesen, während Keuchhusten, Scharlach und Phthisis diejenigen Krankheiten waren, welche vorzüglich weibliche Kinder wegrafften; oder mit anderen Worten, die Knaben starben im Allgemeinen mehr an sthenischen und die Mädchen mehr an asthenischen Krankheiten. Auch die Vergleichung der Londoner Tabellen führte ihn zu demselben Ergebnisse, und er zieht daraus den praktischen Schluss, dass die Behandlung der Krankheiten bei männlichen Kindern im Allgemeinen weit kräftiger und eingreifender sein muss als bei weiblichen. In Bezug auf den Einfluss der Jahreszeiten ist er zu dem Schlusse gekommen, dass die heissen Monate des Jahres den Kindern eben so nachtheilig sind wie die kalten, und dass es demnach die Extreme der Witterung sind, die man in den ersten Monaten des Lebens der Kinder am meisten zu fürchten hat. Hat das Kind in den ersten 5 Monaten sich durchgearbeitet, so ist die heisse oder kalte Jahreszeit nicht mehr so zu fürchten.

VI. Bibliographie.

Benjamin Phillips, *Scrofula, its Nature, its prevalence, its causes and the principles of Treatment. London* 1846, 8. Mit einer Abbildung.

Thomas Smith, *On the nature, causes, prevention and Treatment of acute Hydrocephalus. London* 1846, 8.

James Maxwell Adams, *Tubercle of the brain in children. Glasgow* 1846, 8.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VII.] BERLIN, SEPTEMBER 1846. [HEFT 3.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Versuch einer ausführlichen diagnostischen Würdigung der einzelnen Symptome in der entzündlichen Hirnwassersucht der Kinder, von Dr. J. Bierbaum, prakt. Arzte zu Dorsten.

Dritter Artikel.

Ueber den diagnostischen Werth der einzelnen Symptome dieses Hirnleidens im zweiten Stadium, in dem der Irritation.

1. Kopfsymptome.

a) Stimmung der Psyche. Das mürrische Wesen der Kinder nimmt zu und ist oft so sehr gesteigert, dass man kaum ihren Wünschen entsprechen kann. Wenn man sie nur ansieht, oder wenn man nur ihren Namen nennt, werden sie schon höchst unwillig und verdriesslich. Nähert man sich ihnen vollends, so schlagen sie mit den Händen um sich und rufen laut: „Weg! Weg!" Bei einem Mädchen beobachtete ich sogar eine Wuth zu beissen. Dieses Kind suchte bei dem jedesmaligen Hinzutreten zu der Wiege nicht allein Fremde, sondern auch seine eigene Mutter zu beissen; ja es biss sich sogar selbst mehrmals in die Finger. Auch ein anderes, 10 Monate altes Kind biss sich häufig in die Finger, so dass sie roth wurden. Im Anfange dieses Stadiums haben die Kinder noch oft eine grosse, fast angstähnliche Unruhe, und finden sich weder in der Wiege, noch auf dem Schoosse der Mutter behaglich; bei weiterem Fortschreiten der Krankheit aber schwindet diese Unruhe und Verdriesslichkeit.

b) Kopfschmerz und Empfindlichkeit der äusseren Bedeckung. Der Kopfschmerz, der nie fehlt, nimmt gewöhnlich Stirn und Schläfe oder das Hinterhaupt ein. In der akuten Form ist er mehr anhaltend, während er in der schleichenden in Paroxysmen

heftiger auftritt. In dem Augenblicke, wo er sich einstellt, giebt er zu 'autem Klagen, Seufzen und Schreien, oder zu stillem Wimmern und Weinen Anlass. Die Kinder rufen ganz jämmerlich: „mein Kopf! mein Kopf!", und greifen nach demselben oder pressen ihn zwischen beide Hände. Dieses Zusammenpressen sah ich aber nur bei Komplikation dieses Hirnleidens mit Keuchhusten. Der Kopfschmerz selbst ist bald stumpf und wüst, bald eigenthümlich spannend, bald lanzinirend und sehr empfindlich auf die Augen drückend. In einem Falle war er leidlich ziehend und auf die Stirn beschränkt. Der Knabe klagte mehr über periodischen Schmerz im Halse, namentlich in der Luftröhre und im Kehlkopfe, und in der Nabelgegend. Bei dem jedesmaligen Eintritt dieses Schmerzes erfolgte stilles Jammern. Der Kopf ist zugleich schwer und kann nicht lange aufrecht gehalten werden, sondern lehnt sich gern an, und wo er keine Stütze findet, sinkt er unwillkührlich auf die eine oder andere Schulter, oder fällt von vorn nach hinten über. Die Temperatur ist am Kopfe erhöht, und die Karotiden und Temporalarterien pulsiren in einem mehr oder weniger heftigen Grade. Auch überzeugt man sich von der aufgeregten Gefässthätigkeit des Gehirns durch das Auflegen der Hand auf die Fontanellen. Gegen die Berührung des Kopfes und anderer Theile sträuben sich die Kinder leicht. Auch kratzen sie gern auf dem Kopf, wo man zuweilen ein Exanthem vorfindet. So sah ich in einem Falle schnell alle Hirnzufälle, so heftig sie auch waren, schwinden, als am zwölften Tage der Behandlung ein der Tinea ähnlicher Ausschlag erschien.

Das Fortbestehen und die zunehmende Intensität des Kopfschmerzes darf uns, wenn gleichzeitig die anderen bedeutungsvollen Zeichen vorhanden sind, keinen Augenblick länger an der wirklichen Gegenwart dieses Hirnleidens zweifeln lassen.

Eine Erscheinung, die vielleicht zur Vervollständigung der Diagnose im Allgemeinen und zur Aufklärung mancher Symptome insbesondere mehr oder weniger beitragen kann, verdient eine nähere Aufmerksamkeit, als ihr bisher zu Theil geworden ist. Ich meine die gleichzeitige Irritation des Spinalsystems. Diese Affektion, welche, wie dies von Anderen und von mir [1]) nachgewiesen ist, in den verschiedenartigsten Krankheiten beobachtet wird, ist von der einen Seite viel

---

1) Med. Zeit. vom Vereine für Heilkunde in Preussen, Jahrg. IX. No. 45. S. 217 u. 218. — Med. Korrespondenzblatt rhein. und westphäl. Aerzte, Bd. IV. No. 4. S. 62—64. und No. 6. S. 91—94.

zu sehr überschätzt, und von der andern viel zu geringfügig angeschlagen. Man hat nicht strenge genug zwischen einer primären und sympathischen Form unterschieden. In diesem Hirnleiden wäre es namentlich noch näher festzusetzen, ob nicht einzelne Symptome, die gewöhnlich dem Gehirn zugeschrieben werden, vielmehr auf das Spinalsystem bezogen werden könnten, wie z. B. die Flexion der Finger, das Einschlagen der Daumen in die Hohlhand, die Zuckungen und Konvulsionen. Bennet rechnet auch das Schielen dahin. Zu bedauern ist nur, dass die mürrischen Kinder die Untersuchung der Wirbelsäule, so wie eines jeden andern Theiles, nicht gern erlauben. Bei einem Kinde, das ich gerade während einer guten Laune untersuchte, fanden sich sämmtliche Halswirbel, vorzugsweise aber die drei letztern, selbst bei einem gelinderen Drucke, so schmerzhaft, dass dadurch lautes Weinen verursacht wurde. Auch in der hydrokephalusartigen Krankheit aus Erschöpfung habe ich die Halswirbel bei der Berührung empfindlich gefunden.

c) Schlaf, Schlummersucht, Betäubung und Schwindel. An die Stelle eines ruhigen und erquickenden Schlafes tritt Schlummersucht, die, je weiter die Krankheit fortschreitet, desto anhaltender wird, und als ein konstantes Symptom grossen Werth hat. Die Schlummeranfälle mit halb offenen Augen und nach oben gekehrter Hornhaut sollen in Verbindung mit den übrigen konstanten Zeichen, wie Wolff glaubt, in der akuten Form dieses Hirnleidens das eigenthümliche, die Ergiessung bedingende, entzündliche Grundleiden der die Höhlen auskleidenden Piamater neben der Entzündung der äusseren Hüllen erkennen, und in der schleichenden Form das Vorhandensein derselben neben der etwaigen Entzündung der Zentraltheile des Gehirns, der Marksubstanz, mit Sicherheit diagnostiziren lassen.

So tief die Schlummersucht aber auch ist, so können die Kinder doch noch geweckt werden, nur scheinen sie die Geisteskräfte nicht schnell sammeln zu können. Fragt man sie nach ihrem Befinden, so antworten sie erst nach längerem Besinnen oder auch gar nicht. Bei einem Knaben kehrte jedoch das Bewusstsein schnell zurück, obgleich er fast anhaltend schlummerte. Die Pupillen waren äusserst erweitert, der Unterleib bedeutend kollabirt, die Respiration seufzerartig und langsam, und der Puls schien in dem einen Augenblicke kaum beschleunigt, während er in dem andern akzelerirt war. Beim Aufnehmen oder Umlegen und bei andern Bewegungen des Kopfes tritt leicht vorübergehende Betäubung ein. Grössere Kinder beklagen sich über

Schwindel, oder geben denselben, wie auch den Kopfschmerz, dadurch zu erkennen, dass sie jede Veränderung der Lage scheuen, und beim Aufnehmen sich ganz fest mit ihren zitternden Händen um den Hals der Mutter klammern, als wenn sie Furcht vor'm Fallen hätten.

d) Delirien und Träume. Leises oder lautes Aufreden während des schlummersüchtigen Zustandes ist gar nicht selten. So hörte ich ein 2jähriges Mädchen oft sagen, wenn es in der Wiege lag: „Mutter, zudecken!", oder wenn es schlummersüchtig auf dem Schoosse sass: „Ich will auf den Schooss." Ein anderes Kind schrie plötzlich mit lauter Stimme: „Bange! Bange!" Ein 6jähriger Knabe delirirte während der ganzen Nacht und sprach fortwährend von seinen Schularbeiten. Noch ein anderes Kind erwachte aus einem langen Schlafe und rief laut: „Nicht festhalten! Nicht festhalten!", und fuhr dabei mit beiden Händen aufwärts. Ein Kind schrie in dem Schlummeranfall während der Fieberhitze: „Verbrennen! Verbrennen!" Delirien können auch fehlen. Oft murmeln die Kinder nur unverständliche Worte.

Die französischen und englischen Aerzte bemühen sich sehr, den Sitz des Deliriums auszumitteln und zugleich zu erforschen, ob dasselbe der Entzündung des Gehirns an der konvexen Oberfläche mehr eigen sei, als der an der Basis und in den Ventrikeln. Auf die diagnostische Bedeutung dieses Symptomes scheinen sie weniger Werth zu legen. Das Delirium, mag das Gehirn oder seine Hüllen entzündet oder auf irgend eine Art dynamisch ergriffen sein, deutet jedesmal an, dass der Theil des Gehirns, dem die Intelligenz obliegt, affizirt ist und eine Störung in seinen freien Verrichtungen erlitten hat. Ob nun aber der Sitz der intellektuellen Fähigkeiten in der Peripherie des Gehirns, oder aber in der tiefer liegenden Substanz sei, diese Untersuchung wollen wir den Phrenologen überlassen. Jedoch bemerken wir, dass die Abwesenheit der Delirien in der Regel in einem Ergriffensein der von der Oberfläche entfernteren Gehirnmasse begründet sein soll.

e) Konvulsionen und Zähneknirschen. Wahre Konvulsionen kommen im Allgemeinen während dieser Periode seltener vor, häufiger dagegen plötzliches Zusammenfahren und Aufschrecken, Verdrehen der Augen und Zuckungen im Gesicht und an den Händen. Treten aber wirkliche Konvulsionen ein, und werden sie mehr anhaltend, so nimmt die Krankheit meistens einen raschen Verlauf und endet nicht selten während eines solchen Anfalls. Auch folgt wohl ein anhaltend komatöser Zustand.

Das Zähneknirschen ist im Ganzen seltener, als die konvulsivischen Zuckungen, und wird bedeutungsvoll, wenn es einen anhaltenden Charaker annimmt. Auch noch in der Konvaleszenz wird es beobachtet.

f) Nase, Augen und Ohren. Die Nase, welche mehr zugespitzt ist, sondert jetzt keinen Schleim mehr ab. Jedoch besteht die juckende Empfindung noch fort, da die Kinder oft mit grosser Emsigkeit die Nase hin und her reiben und selbst den Finger tief in dieselbe bohren. Auch zupfen sie mit einer Art Geschäftigkeit an den Wangen, oder an den spröden, vielfältig aufgesprungenen Lippen, um die halbgelösten Hautstückchen zu entfernen. Der Geruchsinn scheint krankhaft erhöht zu sein. Man darf dies auch wohl aus der Analogie schliessen, da die andern Sinnesorgane, namentlich das Auge und das Ohr, eine gesteigerte Reizbarkeit zeigen. Diese Annahme bestätigt auch die Erfahrung. Ein 1¼jähriges Mädchen wurde plötzlich von Konvulsionen befallen, wobei die Augen in ihrer Höhle kreiseten, die zusammengezogenen Pupillen sich erweiterten und der beschleunigte Puls langsamer wurde. Als ihm nun Essig unter die Nase gehalten wurde, warf das Kind gleich den Kopf von der einen Seite zur andern, als wenn es durch diesen Geruch unangenehm affizirt würde. Die Konvulsionen schwanden. Ein 9 Monate alter Knabe bekam am sechsten Tage der Behandlung, wo die Krankheit bereits einen hohen Grad erreicht hatte, Konvulsionen; der Puls war aber nicht langsam, sondern beschleunigt, und die Pupillen erweitert. Am folgenden Tage wiederholten sich die Konvulsionen; Verdrehen der Augen und darauf stieres Aussehen, Pupillen dilatirt, sardonisches Lächeln, Zuckungen an den Händen, Eingeschlagensein der Daumen in die Hohlhand, Flexion der Finger. Auch in diesem Falle schien der unter die Nase gehaltene Essig einen unangenehmen Reiz zu verursachen, da das Kind nach der Nase griff und das Experiment nicht weiter dulden wollte.

Während des schlummersüchtigen Zustandes sind die Augen gewöhnlich nur halb geschlossen und die Kornea nach oben gekehrt. Dieses Zeichen ist in Verbindung mit andern gehaltvollen Symptomen von Wichtigkeit. Die Albuginea zeigt zuweilen einzelne rothe Gefässbüschel, in seltenen Fällen sogar eine leichte Entzündung. Selten beobachtet man ein Aufgedunsensein des Gesichts und der Augenlider. Jedoch sah ich bei einem 2jährigen Knaben [1]) ein Oedem des linken

---

1) Med. Zeit. vom Vereine für Heilkunde in Preussen, Jahrg. VIII. No. 24. S. 123 u. 124.

oberen Augenlides, und bei einem Mädchen, das zugleich an Keuchhusten litt, waren beide oberen Augenlider ohne alle Veränderung der Farbe so sehr geschwollen, dass die Augen nur bis zur Hälfte geöffnet werden konnten. Die Thränensekretion ist völlig unterdrückt; nie habe ich Thränenerguss gesehen, nicht einmal bemerken können, dass die Augen beim Weinen auch nur im mindesten feucht wurden. Das Zurücksinken der Augen in ihre Höhlen ist zwar ein konstantes Symptom, kömmt aber in allen erschöpfenden Krankheiten vor. Auch die Lichtscheu fehlt selten; nur in einzelnen wenigen Fällen ertragen die Kranken helles, selbst grelles Licht. Die Pupille ist meistens mehr oder weniger zusammengezogen, selten erweitert. Wir haben bereits schon zu erwähnen Gelegenheit gehabt, dass die Beschaffenheit der Pupille nicht allein in den verschiedenen Formen dieses Hirnleidens verschieden ist, sondern auch selbst zu verschiedenen Tageszeiten wechselt und während der Schlummersucht wieder anders ist, als im wachen Zustande. Eine eben so interessante als merkwürdige Erscheinung ist auch die, dass die Pupille während der Konvulsionen sich in dem einen Falle, wenn sie früher kontrahirt war, erweitert, und in dem andern, wenn sie dilatirt war, sich zusammenzieht. So sahen wir namentlich bei jenem 9 Monate alten Knaben, von dem so eben die Rede war, die erweiterten Pupillen sich während des konvulsivischen Anfalls verengern und erst nach Beendigung desselben sich wieder dilatiren; häufiger beobachtet man aber, dass die Pupillen sich während der Konvulsionen erweitern. Oszillationen der Iris kommen wohl in diesem Stadium der Krankheit noch nicht vor, dagegen beobachtet man selbst während des wachen Zustandes mitunter gewaltsame Verdrehungen des Augapfels. Bei einem 8jährigen Knaben, der fast nach jedem Genusse bittere Massen erbrach und ohne besondere Hitze des Kopfes anhaltend schlummerte, waren beide Pupillen enorm erweitert, die Dilatation aber nicht gleichartig und die Lichtscheu nicht gross. Die Augen wurden in dem einen Augenblicke, wo der Knabe mit mir sprach, oszillatorisch in ihren Höhlen herumgeschleudert, in dem andern aber starr auf irgend einen Gegenstand gerichtet oder aufwärts gerollt. Schielen und Starren kommen zwar häufig vor, sind indessen eben so wenig konstant, als die Trübung des Gesichtssinnes. Man hat die Behauptung aufgestellt, dass Doppeltsehen nur vorhanden sei für entferntere Objekte, nicht aber für solche, die dem Kranken nahe lägen. Dies widerspricht jedoch nach meinen Beobachtungen der Erfahrung. Ein 4jähriges Mädchen, das aus dem schlummersüchtigen Zustande kaum

zu wecken war und einen eigenthümlichen verwirrten Blick und erweiterte Pupillen hatte, konnte eine goldene Uhr, die ich ihm in der Nähe vorhielt, durchaus nicht mit seinen Augen fixiren, und griff jedesmal beim Versuche, dieselbe in die Hand zu nehmen, fehl. Die nämliche Beobachtung machte ich auch bei einem 3jährigen Kinde, das zugleich in einem hohen Grade an der Skrophelkrankheit litt.

Das Gehör ist meistens in einem solchen Grade krankhaft gesteigert, dass die Kinder, wenn man sich auch mit den leisesten Tritten der Wiege während der Schlummersucht nähert, doch es gleich wahrnehmen, und über das Hinzutreten höchst ärgerlich werden. Ein Kind erkannte einen ihm früher bekannten Mann, der in einer anliegenden Stube sprach, gleich an der Stimme wieder und nannte ihn mit Namen. Das Gehör ist aber nicht allein geschärft, sondern zeigt auch eine erhöhte Empfindlichkeit gegen Geräusche. Fragt man die Kinder, so antworten sie entweder gar nicht, oder erst nach längerer Besinnung. Mag dieses Zögern auch einerseits in ihrer verdriesslichen und mürrischen Laune begründet sein, andrerseits mag aber auch das Geräusch unserer Fragen ihren sensiblen Gehörnerven eine unangenehme Empfindung verursachen. Vielleicht steigert auch das Sinnen und Nachdenken, um uns durch eine passende Antwort zu befriedigen, den Kopfschmerz. Jedoch lieben sie manchmal Gesang und selbst geräuschvolles Schaukeln mit der Wiege. Bei dieser Gelegenheit will ich nur andeuten, dass das Wiegen, wenngleich es im gesunden Zustande nicht so üble Folgen hat, wie man wohl glaubt, in diesem Hirnleiden besser unterlassen wird. Höchst schädlich aber halte ich diejenigen Wiegen, welche das Kind nicht von der einen Seite zur andern schaukeln, sondern bald mit dem Kopfe, bald mit dem Fussende in die Höhe werfen. Eine solche Art Wiegen findet sich in einem Orte unserer Nachbarschaft. Was den äussern Gehörgang betrifft, so ist die Schleimabsonderung in demselben, wenn nicht völlig unterdrückt, doch sehr vermindert. Die Kinder bohren den Finger oft tief in denselben, als wollten sie hier einen lästigen Reiz beseitigen. Die Ohrmuschel hat meistens ein dem Wachs ähnliches Aussehen.

Die gesteigerte Reizbarkeit dieser drei Sinnesorgane, so wie das Schwinden ihrer natürlichen Sekretionen, sind in Verbindung mit anderen bedeutungsvollen Zeichen von grosser Wichtigkeit. Was die Pupille angeht, so darf man wohl als Regel aufstellen, dass sie in der inflammatorischen und erethischen Form verengert ist, in der skrophu-

lösen dagegen öfters erweitert erscheint. In einzelnen seltenen Fällen ist die Pupille weder kontrahirt, noch dilatirt, sondern mehr normal.

g) Physiognomie. Die Gesichtszüge sind nicht entstellt, sondern tragen vielmehr etwas Fremdartiges an sich und deuten auf ein tiefes Ergriffensein der innersten Wurzel des Lebens hin. Es liegt zugleich in dem Gesichtsausdruck ein hoher Grad von Ernst und ein äusserst düsterer Blick, der höchst selten, selbst wenn auch das mürrische Wesen der Kinder auf einen Augenblick einer mehr heitern Laune weicht, mit einer freundlichen, lächelnden Miene wechselt. Dieser anhaltend ernste und finstere Zug, der auch während des Spieles nicht schwindet, ist von hoher diagnostischer Bedeutung, die schon v. Portenschlag kannte. Eine Art von Aufregung spricht sich in den Fieberparoxysmen aus, wo bald beide, bald die eine oder andere Wange geröthet ist. Zürnend oder drohend wird der Gesichtsausdruck, wenn die Kinder gereizt oder gegen ihren Willen aufgenommen werden. Verzerrt sind die Züge während der Exazerbation des Kopfschmerzes. Das blasse, abgemagerte Gesicht, die tief liegenden Augen mit nach oben gekehrter Hornhaut, das grelle Durchscheinen der Sklerotika durch die nur halb geschlossenen Augenlider, das Hervorragen der Orbitalränder und des Jochbogens, die zugespitzte bleiche Nase und das mattrothe Aussehen der vielfältig aufgesprungenen Lippen sind in Verbindung mit dem hohen Ernste eben so charakteristisch, als sie zugleich einen höchst unangenehmen Eindruck machen. Diese eigenthümlichen Gesichtszüge dauern selbst noch in der Konvaleszenz längere Zeit an.

II. Respirationssymptome.

Das Athmen geschieht im ruhigen Schlafe gleichförmig, während es sich in den Schlummeranfällen fast immer unregelmässig gestaltet. Die leise, oft kaum sicht- und hörbare Respiration wird aber von tiefen, seufzerartigen, zitternden Athemzügen unterbrochen. Diese eigenthümliche Respiration, die man nicht ganz mit Unrecht *Respiratio hydrocephalica* genannt hat, ist eine konstante und gehaltvolle Erscheinung. In einem Falle von Komplikation dieses Hirnleidens mit Keuchhusten war sie gegen Abend beschleunigt und kurz, mit starkem Einziehen der Präkordien und mit deutlich hörbarem knurrenden Geräusche verbunden.

Was über die Beschaffenheit der ausgeathmeten Luft schon früher gesagt worden, das gilt auch in diesem Stadium. Es ist immer nur zufällig, wenn sie einen übeln Geruch verbreitet.

Die Sprache, die zuweilen heiser ist, erleidet oft eine merkwürdige Veränderung. Die Kinder ziehen jede einzelne Sylbe und jedes einzelne Wort beim Aussprechen auffallend in die Länge. Auch beobachtet man ein Versetzen der Sylben und Worte, so wie auch Stammeln.

Gähnen und Niesen sind minder wichtig, bedeutungsvoller aber ist das trockene Hüsteln, das sowohl spontan als auch besonders bei Bewegungen des Kopfes eintritt.

Grossen diagnostischen Werth hat das eigenthümliche Geschrei, welches die Kinder, so lange noch kein anhaltender Sopor besteht, von Zeit zu Zeit ausstossen. Jüngere Kinder fahren in den Schlummeranfällen entweder spontan, oder aber beim Aufwecken, Anreden und Darreichen der Arzneien, oder endlich beim Wechsel der kalten Fomente plötzlich mit einem gellenden, schneidenden, kreischenden, langgezogenen und höchst durchdringenden Schrei auf, während ältere Kinder mehr ein Klagegestöhn und tiefe, stöhnende Seufzer hören lassen. Diese ganz eigenthümlichen Schreie, die als *Vox hydrocephalica* bezeichnet werden, sollen auf einer krankhaften Irritation des *Nervus vagus* an seiner Ursprungsstelle beruhen, die durch nervösen Reiz, durch Kongestion und Entzündung, oder durch Tuberkelbildung und andere materielle Veränderungen bedingt wird. Wo sie vorkommen, tragen sie zur Sicherung der Diagnose bei. Sie können aber auch fehlen. Diese Schreie scheinen mir nicht so sehr in irgend einem Zusammenhange mit einer Art von Missmuth, Eigensinn oder Widerspenstigkeit zu stehen, als vielmehr auf einem periodisch sich steigernden Schmerzgefühle zu beruhen. Ein ähnliches Geschrei beobachtet man kaum in irgend einer anderen Krankheit. Jedoch habe ich es auch in der hydrokephalusartigen Krankheit aus Erschöpfung gehört, und zwar in einem solchen Grade, wie es in dem in Rede stehenden Hirnleiden nur immer vorkommt. Mein zweites, damals sieben Monate altes Söhnchen [1]), welches an jener Hydrokephaloid-Krankheit äusserst gefährlich danieder lag, fing jedesmal plötzlich zu schreien an, und warf dabei den Kopf gewaltsam nach hinten über. Diese Schreie wurden mit voller Kraft ausgestossen und waren äusserst fein, kreischend, langgezogen und höchst durchdringend. Auf die ganze Umgebung, selbst auf diejenigen, welche um die Wiederherstellung des

---

1) Med. Korrespondenzblatt rhein. und westphäl. Aerzte. Bd. III. No. 15. S. 226 — 229.

Kindes weniger besorgt waren, machten sie einen äusserst empfindlichen Eindruck. Ob die Schreie durch eine krankhafte Irritation des Vagus bedingt wurden, lassen wir dahin gestellt, wir bemerken aber, dass eine Reizung des Spinalsystems vorhanden war, da ein Druck auf die Halswirbel nicht allein ungern geduldet wurde, sondern auch Weinen verursachte. Diese krankhafte Empfindlichkeit der Halswirbel, so wie das eigenthümliche Geschrei, verloren sich erst allmälig wieder.

III. Unterleibssymptome.

Zunge, Durst, Esslust und Erbrechen. Die Zunge bleibt rein oder weisslich belegt, und ist gewöhnlich feucht, selten trocken. Jedoch ist sie auch manchmal entweder blos auf der Wurzel, oder ganz von vorn bis hinten mit einem dicken gastrischen Belage überzogen. Ein Hervorragen der Zungenwärzchen ist selten, häufig dagegen ein Zerren und Zupfen an den spröden Lippen. Die Kinder bemühen sich gleichsam mit grosser Geschäftigkeit, die halb gelöseten Hautstückchen zu entfernen. Auch machen sie oft sonderbare Bewegungen mit der Zunge und dem Munde. In einem Falle wurde die zugespitzte Zunge häufig aus dem äusseren Mundwinkel hervorgestreckt, in einem anderen über die Lippen vorgeschoben und spielend hin und her bewegt. Meistens trifft man auch Kauen, Schnalzen und Schmatzen an. Diese Erscheinungen, die nach Romberg auf einem Befallensein der für die Mastikationsmuskeln bestimmten Quintuswurzel beruhen, kommen aber auch bei gesunden Kindern während des Schlafes und in manchen anderen Krankheiten vor. Ein 3½jähriger starker Knabe, der an einem mit Wurmzufällen verbundenen gastrischen Fieber litt, zog den Mund jedesmal rundlich zusammen und drehte ihn dann gegen den rechten Mundwinkel. Diese Verunstaltung trat immer plötzlich ein, und kehrte, eben so schnell als sie schwand, auch wieder zurück, und verlor sich erst in der Konvaleszenz. Ein anderer gesunder Knabe schnalzt, seitdem er vor mehreren Jahren in einem hohen Grade an diesem Hirnleiden gelitten, im Schlafe fast immer, träumt viel und kann sich beim Aufwecken selten baldigst zurechtfinden.

Der Durst ist bei starkem Fieber vermehrt, wenn gleich die Kinder jedesmal nur wenig trinken; bei schleichendem Verlaufe der Krankheit aber tritt er nur in den Fieberparoxysmen ein.

Die Esslust ist immer, wenn noch nicht völlig geschwunden, doch

vermindert. Einen Heisshunger, den Einige beobachtet haben wollen, habe ich niemals gesehen. Derselbe bezieht sich wohl mehr auf die Art des Verlangens der Speisen, als auf die Art des Geniessens. Die Kinder fordern zwar oft mit Ungestüm etwas zu essen, nehmen aber, wenn man ihrem Wunsche entspricht, meistens gar nichts oder nur sehr wenig von dem Dargereichten. Sie halten es auch wohl in der Hand oder legen es neben sich hin, und schlummern darauf wieder ein. Aussergewöhnliche Speisen werden äusserst selten verlangt.

Das Erbrechen kommt im Allgemeinen seltener vor, tritt aber in dieser Periode sicher ein, wenn es früher fehlte. Meistens erscheint es beim Aufnehmen der Kinder, besonders wenn bei diesen Bewegungen der Kopf nicht recht vorsichtig unterstützt wird; jedoch erfolgt es auch in ruhiger Lage, die Kinder mögen etwas genossen haben, oder nicht. In einem Falle war das Erbrechen so heftig und anhaltend, dass es nach jedem Genusse eintrat, und selbst die Arzneien 24 Stunden ausgesetzt werden mussten. Einen solchen Grad von Intensität beobachtete ich nicht allein in der einen Form dieses Hirnleidens, sondern auch bei dem gleichzeitigen Vorhandensein von gastroenteritischen Zufällen. Hinsichtlich der Bestandtheile der ausgebrochenen Massen gelten die oben angeführten Bemerkungen. Ein Mädchen, das früher gern Speck ass, erbrach saure Massen. Diese enthielten einen Fettklumpen, der ein glattes, weissgelbliches Ansehen hatte, einen sauren Geruch verbreitete und sich in dickere und dünnere Fäden auseinander ziehen liess. Zuweilen werden Würmer oder schleimige und grüngelbliche Substanzen ausgebrochen.

Bauch, Stuhl und Urin. Das Schwinden des Bauches ist in dieser Periode sicht- und fühlbarer, und verbreitet sich von der Herzgrube bis zu den Schambeinen, so dass die Rippen und Beckenknochen vorspringen, und die Nabelgegend flach oder gar eingezogen erscheint. In einem Falle beobachtete ich ein tiefes Eingesunkensein der Herzgrube, während der übrige Theil des Unterleibs kaum kollabirt war. Selten bleibt der Bauch voll, nie findet sich aber meteoristische Auftreibung, die nach Gölis selbst dann schwindet, wenn dieses Hirnleiden sich zum Typhus hinzugesellt. Nur in dem Falle soll er ausgedehnt sein, wenn der Wasserschlag zu einem Wurm- oder Nervenfieber trete. Das periodische Auftreten kolikartiger Schmerzen rührt bald von den angewendeten drastischen Mitteln, bald von Helminthen her. Sie können aber auch nervöser Natur sein. Wenn gleichzeitig Gastro-Enteritis, Peritonitis oder Hepatitis vorhanden ist, dauert der Schmerz

an. Die Empfindlichkeit der Bauchdecken ist bei Abwesenheit entzündlicher Krankheitsprozesse im Unterleibe problematisch, und höchstens in der erethischen Form anzunehmen.

Mit dem Kollapsus des Unterleibs ist stets grosse Torpidität des Darmkanals verbunden, die sich durch äusserst hartnäckige, oft kaum zu hebende Stuhlverstopfung charakterisirt. Kollern und Knurren der Gase kommt zwar im Allgemeinen selten vor, jedoch habe ich es mehrmals beobachtet, wo es dann entweder dem Stuhle oder dem Abgange von Blähungen vorausging. Auch lautschallende Flatus gehen keinesweges so selten ab, wie man wohl angiebt, und deuten eben so wenig stets eine Komplikation an. Gölis will sie aber nur unter diesen Verhältnissen und bei *Hydrocephalus acutissimus* beobachtet haben. Ueber die Beschaffenheit der Stühle lässt sich nicht viel mit Gewissheit sagen, da Behufs des Eintrittes derselben verschiedenartige Abführmittel und namentlich Kalomel angewendet wird. Jedoch habe ich sie, ungeachtet des Gebrauchs von Kalomel, auch eigelblich gesehen, und in einem anderen Falle waren sie mehr schleimig. Die ächten Kalomelstühle, welche grün, dicklich, schleimig und zusammenhangend sind und einen eigenen Geruch verbreiten, können leicht von den wässerigen, mit grünen Massen vermischten Ausleerungen unterschieden werden. Erstere erleichtern die Hirnzufälle, während letztere weniger vortheilhaft sind. Zuweilen tritt Stuhlzwang ein, besonders wenn häufige Stühle vorausgegangen sind.

Die Se- und Exkretion des Urins bleibt äusserst sparsam. In den Schlummeranfällen, namentlich gegen das Ende dieser Periode, wo der soporöse Zustand mehr anhaltend wird, gehen Urin und Stuhl unwillkührlich ab. Der Eintritt dieser Ausleerungen aber kündigt sich meistens durch eine gewisse Unruhe der Kinder, Zerren an den Genitalien und Drängen an. Der Urin wechselt hinsichtlich seiner Beschaffenheit, indem er bald röthlich, bald trübe und weisslich, bald bleichgelb ist, und in dem einen Falle ein Sediment bildet, in dem anderen wieder nicht. Bei einem Kinde war der Urin Anfangs trübe und machte einen Bodensatz, aber am zweiten Tage darauf hatte er ein helles und klares Aussehen und sedimentirte nicht. Oft bricht er sich erst in den nächsten Stunden. Ein ziegelmehlartiges Sediment, das ich nur in einem einzigen Falle beobachtet zu haben glaube, ist diesem Hirnleiden nicht eigenthümlich, und deutet ohne Zweifel, wo es vorkommt, auf Verwechselung dieser Krankheit mit einer anderen, besonders mit einem larvirten, perniziösen Wechselfieber. Sind mit der sparsamen

Urinausleerung zugleich die bereits oben angeführten Veränderungen verbunden, so kann man der Diagnose um desto sicherer sein.

IV. Fiebersymptome.

Fieber und Puls. Die Stimmen sind getheilt, ob Fieber vorhanden sei, oder nicht. Einige nehmen es an, Andere dagegen nicht, und Andere endlich wollen es in dem einen Falle beobachtet haben, in dem anderen wieder nicht. Diejenigen, welche das Wesen des in Rede stehenden Krankheitsprozesses in eine Entzündung des Gehirns oder seiner Hüllen oder beider zugleich setzen, erklären das Fieber für ein Symptom dieses Hirnleidens; diejenigen aber, welche an der entzündlichen Natur dieser Krankheit zweifeln, halten es für keine nothwendige Erscheinung. Nimmt man indessen auf die beiden Grundformen dieses Hirnleidens Rücksicht, so findet man, dass in der inflammatorischen Form das Fieber nie fehlt und einen anhaltenden Charakter hat, während es in der nervös-entzündlichen remittirt und in unregelmässigen Exazerbationen auftritt.

Der Puls hat im Anfange dieser Periode noch die früher angegebene Beschaffenheit, und wechselt hinsichtlich der Völle, der Stärke und des Rhythmus. Einzelne Schläge sind noch schleppend, ungleich, langsam, aussetzend, oder folgen sich so rasch, dass sie fast in einander über laufen. Zuweilen bietet der Puls kaum Abnormitäten dar. Oft fühlt er sich härtlich an. Der Puls ist überhaupt verschieden und keinesweges immer beschleunigt, im Gegentheile oft ganz langsam. Bei einer eingreifend schwächenden Behandlungsweise, wie auch nach starken Blutentziehungen und kopiösen Stühlen, steigt die Frequenz der einzelnen Schläge. Im Allgemeinen kann man daher auf den Puls kein zu grosses Gewicht legen, zumal da ihn auch die verdriesslichen Kinder selten genau untersuchen lassen.

Haut, Ausschlag, Lage, Gang, Bewegung und Schmerz der Glieder, Abmagerung. Die Haut fühlt sich trocken, später spröde, pergamentartig an. In den Fieberparoxysmen ist die Temperatur der Haut, besonders am Kopfe, erhöht, während die Hände und Füsse mehr kalt sind. Schweiss findet sich selten. Jedoch sah ich bei einem Knaben, dass auf den in den Nachmittagsstunden eingetretenen Fieberparoxysmus Schweiss folgte, und namentlich der Kopf und die linke Körperhälfte stark ausdünsteten. Bei grosser Fieberhitze hörte ich ein Kind plötzlich mit lauter Stimme rufen: „Verbrennen! Verbrennen!" Die Kinder erwachen oft bei der leisesten Berührung des

Hautorgans aus dem Schlummer, schrecken auf und fahren zusammen. Ob hieraus eine erhöhte Sensibilität gefolgert werden darf, wollen wir nicht weiter untersuchen, sondern bemerken nur, dass fernere Berührungen und Antastungen keine unangenehmen Empfindungen machen.

Das früher beschriebene eigenthümliche Exanthem findet sich zuweilen an den Armen, um die Lippen, den Hals und die Schultern. Nicht selten aber fehlt es. Jörg glaubt, dass es dem Stadium der Exsudation und der Lähmung angehöre. Allein es kommt in diesen Perioden nicht häufiger vor, als früher. Grossen diagnostischen Werth kann man diesem Ausschlage nicht beilegen.

Die Lage und Stellung ist nicht beständig, sondern wechselt noch, und hat noch nichts Charakteristisches. Die Kinder liegen entweder auf dem Rücken oder auf einer von beiden Seiten, und halten die eine Hand unter dem Kopfe, während sie mit der anderen unwillkührlich nach der Stirn und Schläfe oder nach irgend einer anderen Stelle des Hauptes greifen. Säuglinge und jüngere Kinder bohren den Hinterkopf meistens tief in das Kissen. Die eine Hand oder beide trifft man häufig zwischen den Oberschenkeln in der Nähe der Genitalien, an welchen die Kinder oft zupfen und zerren. Auch sieht man sie mit den Fingern allerlei Bewegungen machen, oft als wollten sie mit denselben etwas zerreiben. Häufig schlagen sie auf die Bettdecke. Im weiteren Verlaufe dieser Periode liegt der Kopf manchmal auf der rechten Seite, während die angezogenen Füsse nach der linken gewendet sind, und umgekehrt. Die Beine sind oft weit auseinander gespreitzt und liegen oben auf der weggeschobenen Decke und die Hände auf der Stirne gekreuzt.

Selten verlangen die Kinder in dieser Periode aus dem Bett. Sie haben einen höchst unsicheren, holperigen, wankenden und strauchelnden Gang, der sehr bedeutungsvoll ist.

Die vorübergehenden Gliederschmerzen, so wie die periodischen Bauchschmerzen, können leicht irre führen. Die Kinder treten in den Schlummeranfällen und im wachen Zustande gern die Bedeckung ab. Die applizirten Vesikatore scheinen ihnen weniger empfindlich zu sein, da sie meistens nur beim Verbinden Schmerz äussern.

Die Abmagerung des ganzen Körpers hat schon bedeutende Fortschritte gemacht und fällt beim ersten Anblick der Kinder auf. Dieses Zeichen fehlt zwar nie, kommt aber in allen erschöpfenden Krankheiten vor.

Beschreibung einer Masern-Epidemie, welche in den Monaten Mai, Juni und Juli 1843 in dem Marktflecken Quaritz Kreis Glogau, geherrscht hatte; von Dr. Ed. Wilh. Posner, prakt. Arzte in Quaritz.

Der Herbst des Jahres 1842, so wie auch der Winter von 1842 zu 43, zeichneten sich durch eine ganz besondere Lindigkeit und eigenthümliche feuchtwarme Luftbeschaffenheit aus, die nur in schnellem, kurzdauerndem Wechsel eine niedrere Temperatur von 5 — 8 Grad (Reaum.) Kälte annahm. Die Monate November und Dezember brachten ein sehr laues, mattes Wetter mit sich, das die Vegetation beförderte und wie in einem Treibhause zum Treiben drängte. Der Landmann konnte bis Weihnachten seine Feldarbeiten verrichten, und die Natur schien das winterliche Gewand gar nicht anlegen zu wollen. Im Monat Januar erst stellten sich einige wenige kalte Tage ein, die von Schneegestöber begleitet waren, dessen Flocken aber nicht allzulange liegen blieben, sondern gar bald wieder in Wasser und Dunst zerflossen. Der Monat Februar war fast durchschnittlich von dicken und dichten Nebeln begleitet, die durch ihre öfter abwechselnden erkältenden Niederschläge von Regen und Schneewasser einen sehr nachtheiligen Einfluss auf die Gesundheit ausübten. — Der Barometerstand war fast beständig ein sehr niedriger, und nur wenige völlig freie und heitere Tage erfreuten unsere Gegend. Die Frühlingsmonate März und April waren einem sehr häufigen Temperaturwechsel unterworfen, der von 15 — 18, ja selbst 20 Grad Wärme, zu 5 — 6 und 10 Grad herunterfiel und in mehreren kalten Nächten sogar zum Eispunkt gelangte, so dass ich, meinen früheren, stets sorgfältig angestellten Beobachtungen zufolge, mit ziemlicher Bestimmtheit das Erscheinen irgend einer epidemischen Krankheit voraussagte.

Während meiner 5jährigen Studienzeit, und meiner bereits 8jährigen selbstständigen Praxis, habe ich 8 verschiedenartige Epidemieen zu beobachten Gelegenheit gehabt, und zwar 2 Masern-, 2 Scharlach-, 2 Keuchhusten-, 1 Ruhr- und 1 Cholera-Epidemie, denen meist ein sehr milder feuchter Winter und ein unbeständiges Frühjahr vorangegangen war. Der Grund dieser Erscheinung mag wohl darin liegen, dass durch einen allzumilden Winter die Haut und deren Nerven widernatürlich lange in einem Zustand der Expansion erhalten werden; der Tonus derselben wird immer schwächer, die Spann- und Widerstands-

kraft der Faser immer geringer, die Reizbarkeit dagegen erhöht, die Empfindlichkeit gesteigert, so dass die Haut, die keine Brachezeit gefeiert hat, eine vermehrte Disposition erlangt zu vegetativen Produktionen, zu Blüthen- und Fruchtbildungen — zu Exanthemen —, die der exzessiven Hautthätigkeit ihren Ursprung, ihre Entstehung zu verdanken haben. Diese meine Erfahrungsansicht hat auch in diesem Jahre wieder ihre Bestätigung gefunden. Der überaus milde und warme Winter von 1845 zu 46, der die Vegetation des Landes um mehr als um einen Monat früher als gewöhnlich hervorgerufen und gezeitigt hatte, liess mich eine Ausschlagsepidemie vorhersagen, die auch wirklich schon gegen Mitte Februar auftrat, und als weitverbreitetes Scharlach die Monate Februar, März und April ausfüllte [1]). Wenn auch nicht zu leugnen ist, dass zur Erzeugung von Epidemieen, namentlich von exanthematischen, noch andere Ursachen mitwirken müssen, da dieselben nicht immer an bestimmte Jahreszeiten sich gebunden zeigen, so dürfte doch die Bestätigung dieser eben angeführten Erfahrung den Aerzten Veranlassung geben, auf eine grössere Prophylaxis zu sinnen, die, wenn sie auch nicht die Epidemie abzuschneiden im Stande ist, dennoch — vielleicht durch eine einfachere, sorgfältig geordnete Diät und ähnliche Potenzen — den Verlauf derselben milder und gutartiger machen kann.

Vor dem Ausbruch der beregten Masernepidemie war eine katarrhalische Krankheitskonstitution die vorherrschende, die sich meist als katarrhalischer Husten mehr bei Erwachsenen als bei Kindern, darstellte.

Die ersten Masernfälle, die ich zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit erhielt, traten im Anfang des Monats Mai auf. Es betrafen dieselben einen Knaben von 12 und ein Mädchen von 13 Jahren.

Ich hatte in dieser Epidemie gegen 46 Fälle zur Behandlung überkommen, von denen 5 einen tödtlichen Ausgang nahmen, und zwar starben 3 Kinder während der Masernkrankheit an der nachfolgenden Phthise, und 1 schnell, ehe noch ärztliche Hülfe in Anwendung kommen konnte. Die Epidemie im Allgemeinen hielt die Mitte zwischen einer gut- und einer bösartigen. Die eigenthümlichen Symptome des Exanthems traten selbst bei den von mir beobachteten gutartigsten

---

1) Die Beschreibung dieser letzten, in vielfacher Beziehung interessanten Epidemie soll in der nächsten Nummer dieses Blattes ihren angemessenen Platz finden.

und mildesten Fällen mit einer gewissen Heftigkeit, einigermaassen stürmisch auf, doch sind mir sehr viele Fälle bekannt worden, wo die von dem Exanthem befallenen Kinder ohne alle ärztliche Behandlung und Pflege geblieben sind, kaum das Bett hatten hüten dürfen, und nach dem Verfluss der bestimmten Zeit wieder völlig gesund geworden sind. — In den von mir beobachteten Fällen konnte ich nicht, mit nur wenigen Ausnahmen, eine solche vorzügliche Gutartigkeit rühmen.

Die zwei Hauptsymptome der Krankheit, die Augenentzündung und der Husten, waren meist sehr heftig, und der Ausbruch des Exanthems geschah in der Regel in einem sehr aufgeregten erethistischen, mit bedeutendem Fieber verbundenen Zustande der betreffenen Individuen. Dieses so stürmische Auftreten des Exanthems wurde auch mehrfache Ursache, dass der Vitalitäts- und Reaktionsgrad mancher sehr zarter Individuen leichter erschöpft wurde, und die Masern aus dem einfachen und entzündlichen Zustande in einen nervösen umschlugen. — Ganz besonders auszeichnend und charakteristisch waren die Nachkrankheiten, die diese Epidemie erzeugte und zurückliess, welche meist sich gefährlicher bewiesen als die ursprüngliche Krankheit selbst. — Diese *Morbi secundarii* bestanden namentlich in einem lähmungsartigen Zustande der Brustorgane, in heftigen, den Kranken angreifenden und erschöpfenden asthmatischen und hydrothoracischen Zufällen, in einem höchst hartnäckigen und zu Phthisis führenden Husten, und in einem frieselartigen Ausschlage, der die Kranken durch sein unausstehliches Jucken höchlichst belästigte, und sie das Bett und das Zimmer länger zu hüten zwang, als es sonst die einfachen, gutartig verlaufenden Masern zu thun pflegen.

Ferner zeichnete sich diese Epidemie dadurch aus, dass sie nicht nur Kinder in der zweiten Periode ihres Lebens vom 2ten Jahre an befiel, sondern auch zarte Säuglinge von 4 — 6 — 9 Monaten nicht verschonte, und dieselben durch die Heftigkeit der Zufälle (die für dieses zarte Alter auch in den leichtesten Fällen angreifend und bedenklich sind) dem Rande des Grabes nahe brachten. Doch ist mir von den Säuglingen Gott Lob keines gestorben, wenn auch leider die Epidemie als solche deren mehrere hinweggerafft hat.

Zur näheren Charakteristik dieser Epidemie werde ich einige von den mir zur Behandlung übergebenen Fällen hervorheben, und auf eine Behandlung aufmerksam machen, die mir fast in allen Fällen die erwünschten Resultate brachte. Von der Schule hatte ich zwar gelernt,

bei akuten Exanthemen, die nicht ganz den normalen Verlauf zu machen schienen, die sich mit sogenannten nervösen Symptomen verbinden wollen u. s. w., von Medikamenten Gebrauch zu machen, die dem irritablen Leben in der Sensibilität zugewandt sind (!!), deren passive Seite sie zurückdrängen, und deren Reaktionsvermögen sie kräftig hervorrufen [1]), z. B. von Kampher und anderen ähnlichen kräftig belebenden Mitteln; aber einfache Naturanschauung und Beobachtung hatte mich ganz andere Dinge gelehrt, mich ganz andere Resultate gewinnen lassen. — Je einfacher ich verfuhr, je weniger ich den Arzneien Alles und der *vis medicatrix* Nichts zutraute, d. h. je mehr ich die Natur belauschte, und deren Kräfte nur milde unterstützte und im Gange erhielt, desto glücklicher waren auch die Erfolge, die ich erzielte. Die *methodus exspectativa* und *derivans* waren, wo ich sie nur irgend in Gebrauch ziehen konnte, die am sichersten zum Ziele führenden Methoden, während jede stürmische Arzneibenutzung eine allzumächtige Reizung hervorrief, und dadurch oft die Gefahr erhöhte. Namentlich hat mich die Erfahrung gelehrt, bei Kindern mit den sogenannten Nervinis höchst vorsichtig zu sein. Ihr Nervensystem ist so zart und so wenig widerstandskräftig, dass es sehr leicht durch jene *sic dicta medicamina nervina* überreizt und erschöpft werden kann. Die Valeriana ist das einzige Mittel aus dieser Klasse von Medikamenten, die dem Nervensystem der Kinder nicht feindlich entgegensteht und demselben heilbringend entspricht. — Ganz besonders möchte ich bei Kindern den frisch bereiteten Saturationen, aus *Kali carb. acid.* mit Zitronensäure oder auch mit Essig gesättigt, das Wort sprechen. Dieselben können sowohl als Antiphlogistika und die Hautkrise unterstützende Mittel, zuweilen in Verbindung mit *Aq. Laurocerasi, Extr. Hyoscyami* u. dergl., als auch als gelinde Nervina in einem *Infus. Valerianae* oder mit der *Tinct. Valerianae* benutzt werden [2]).

Meine ersten 2 Maserpatienten waren, wie bereits schon erwähnt, ein Knabe von 12 und ein Mädchen von 13 Jahren, beide von schlankem, zartem Wuchs und schwächlicher Konstitution. Lina und Reinhold R. — Es hatten sich diese beiden Kinder, durch einen zu reichlichen Genuss von Erbsen, eine bedeutende Indigestion zugezogen, die sich durch heftigen Kopfschmerz, Uebelkeit, Brechneigung charakteri-

1) Wendt.

2) Bei einer anderen Gelegenheit werde ich einmal diesen Gegenstand ausführlicher behandeln.

sirte. Ein Brechmittel schaffte bald die im Magen angesammelten Kruditäten weg und erleichterte auch die Kranken, — aber des anderen Tages, oder vielmehr in der Nacht desselben Tages schon, vom 9. zum 10. Mai, klagten die Patienten über einen heftigen Druck in den Augen, über Schmerz in der Stirngegend, und wurden von einem sie quälenden Husten befallen. Bei meinem Morgenbesuch fand ich die Kinder in einem sehr heftigen Fieber, mit einer sehr trockenen heissen Haut. Die Augen thränten, waren lichtscheu, und ein trockener rauher Husten griff die Brust sehr an. Der Knabe besonders ward von einer sehr grossen Unruhe und Aengstlichkeit geplagt. — Ich ahnte den Ausbruch eines Exanthems, und richtete demgemäss auch meine Aufmerksamkeit darauf. Gegen Mittag zeigte sich auch schon auf dem Gesichte beider Kranken der charakteristische Masernausschlag, kleine rothe, zerstreut stehende Flecke, mit dem Gefühle nach deutlich unterscheidbaren Erhabenheiten, ähnlich kleinen Halbmonden, die, wie Alibert in seinem klassischen Werke: *„Description des maladies de la peau"* schon bemerkt, den kleinen Gefässschlingen an der Hautoberfläche zu entsprechen scheinen. Indess giebt es auch unstreitig Masernflecke ohne alle Erhabenheit, wie ich dies auch in diesen Fällen bemerkte, da manche Hautstellen am Gesicht und am Halse, obwohl mit Maserflecken übersäet, dennoch ganz glatt anzufühlen waren, während die meisten anderen Stellen fast wie ein Reibeisen sich anfühlten. — Dieser Ausschlag verbreitete sich schnell über den ganzen Körper, über den Hals, die Brust, den Rücken, die Oberextremitäten, den Unterleib und die Unterextremitäten.

Als der Ausschlag auch schon in voller Blüthe über dem ganzen Körper stand, dauerten dennoch das Fieber und die übrigen Reizungssymptome fast in gleichem Maasse als vor dem Ausbruch fort; ja die Affektion der Brustorgane nahm sogar an Heftigkeit zu, und erreichte bei dem zarten Mädchen eine solche Höhe, dass sich am 3ten Tage nach der Inkubationsperiode eine wirkliche Pneumonie ausbildete, die die höchste Lebensgefahr mit sich brachte.

Die Auskultation ergab das deutlich krepitirende Geräusch, der Athem war kurz und ängstlich, der Husten rauh, und der Auswurf mit zähen Blutpunkten vermischt. In der Nacht, vom 12. zum 13. Mai, liess ich, da ich bei der allzu grazilen Konstitution der Kranken eine allgemeine Venäsektion scheute, 6 Blutegel an die Brust ansetzen. Es sollten dieselben, wie ich verordnete, nur 1½ bis höchstens 2 Stunden nachbluten, aber die Natur war weiser als meine Verord-

nung. Nach dem Verfluss dieser 2 Stunden hatten die pneumonischen Erscheinungen noch nicht im mindesten nachgelassen, und trotz aller Mühe, die sich die Mutter der Kranken gab, die Blutung durch aufgelegten Schwamm, Zunder u. dergl. zu stillen, war ihr dies dennoch nicht gelungen, und da ich inzwischen weggeholt worden war, hatte die Nachblutung schon bereits 8 Stunden gedauert, als ich zu meinem Patienten zurückkehrte. Auch mir gelang es nicht, die mässige Blutung, bei der jetzt die Kranke sich schon ziemlich erleichtert fühlte, zu sistiren, und erst als die Sonne gen Westen sank, stand dieselbe, hatte aber auch die gewünschte Wirkung hervorgebracht; die Kranke mochte ungefähr nach einer oberflächlichen Schätzung 1 Pfund Blut verloren haben; die Entzündungssymptome waren gebrochen, und es trat gegen Abend, unter dem gleichzeitigen Gebrauch einer Mandelemulsion mit ʒj *Natr. nitric.*, gr. j *Tart. stib.* und ʒj *Aq. Laurocer as.*, Ruhe und ein erquicklicher Schlaf ein, in welchem auch die bis dahin pergamentartige Haut zu duften und zu schwitzen anfing, wodurch aller Gefahr ein Ende gesetzt wurde. — Bei beiden Patienten verlief nun das Exanthem normal. Am Gesichte wurde es zuerst blass, und verlor sich dann bald, ohne dass man eine deutliche Desquamation wahrnahm; vom übrigen Körper aber verschwand es, mit dem 7ten, 8ten und 9ten Tage, unter deutlicher kleienartiger Abschilferung. Der Knabe erholte sich schnell, und genas auch bald; das Mädchen hingegen behielt lange Zeit einen hartnäckigen Husten zurück, der mich eine beginnende Phthise fürchten liess. Ich liess sie daher ein *Decoct. Lichenis Carragaheen* mit *Extr. Cardui Bened.* und *Dulcamar.* längere Zeit fortbrauchen, was neben einer einfachen Milchdiät den Husten allmälig besänftigte, und nach circa 6 Wochen die Gesundheit wieder herstellte.

Während diese 2 Patienten sich noch im Stadium der Rekonvaleszenz befanden, legten sich deren zwei jüngeren Geschwister, ebenfalls ein Knabe von 4 und ein Mädchen von 5 Jahren, ein. Diese Kinder hatten eine kernigere und kräftigere Konstitution, und überstanden die Masern, obwohl das Fieber und die katarrhalischen Symptome mit ziemlicher Heftigkeit auftraten, doch bei weitem leichter als ihre zwei älteren Geschwister. Des Hustens wegen liess ich dieselben nur die *Species pectorales* trinken, im Uebrigen aber keine andern Arzneien brauchen, und nach 14 Tagen schon erfreuten sie sich ihrer früheren Gesundheit wieder.

Ludwig S., ein dicker, vollsaftiger Bursche von $5\frac{1}{2}$ Jahren, der

schon mehrere Krupanfälle überstanden hatte, und überhaupt eine grosse Disposition zu Halsübeln und Husten besitzt, wurde am 22. Mai, nachdem er fast 3 Wochen vorher von einem andauernden, bedeutenden katarrhalischen Husten heimgesucht war, von den Masern befallen, die wiederum einen so heftigen krupartigen Husten in ihrem Gefolge hatten, dass ich schon eine Komplikation mit dem für Kinder so gefährlichen Krup zu befürchten anfing. Die Hustenanfälle waren mit einer erschreckenden Heftigkeit verbunden, das Fieber sehr bedeutend, das Exanthem brach gleichsam mit einem Schlage aus; denn nach einer Stunde, wo ich die ersten Spuren im Gesicht bemerkt hatte, stand der Ausschlag, nachdem der Kranke durch den Sturm des Hustens wie in Schweiss gebadet war, in voller Blüthe über den ganzen Körper, der anfangs wie ein gesottener Krebs gleichmässig roth aussah, und erst allmälig nach beschwichtigtem Sturm die einzelnen dicht neben einander stehenden, doch aber getrennten Flecken und Erhabenheiten erkennen liess. Ehe das verordnete Brechmittel kam, das den angesammelten Schleim aus der bei der Auskultation deutlich Rasselgeräusch gebenden Luftröhre entfernen sollte, trat eine Naturhülfe durch einen Durchfall ein, der die Heftigkeit der Erscheinungen einigermassen mässigte, und den ich daher linde zu unterhalten mich bemühte. Den vorhandenen Indikationen entsprechend, erhielt der Kranke Kalomel mit *Sulphur aurat.*, die wenigstens das Fieber mässigten und den bellenden Husten lösten. Da aber der Husten dem Knaben allen Schlaf und Ruhe raubte, so gab ich ihm Pulver aus *Lactucarium gallicum* und *Extr. Hyoscyami*, ferner Emulsionen mit kleinen Dosen *Ammon. muriat. depur.*[1]) und *Aq. Laurocerас.* und einen Thee aus *Flor. Verbasc.*, *Malv.*, und *Rad. Althaeae.* Aber alle diese Mittel vermochten nicht den Husten, der bald mit grösserer, bald mit geringerer Heftigkeit, Rauhigkeit und Hohlheit, bald mit leichterem, bald mit höchst seltenem und mühsamem Auswurf fortdauerte, zu tilgen. Auch ein noch gereichtes Brechmittel aus Ipekakuanha verschaffte nur eine sehr vorübergehende Erleichterung. — Ich setzte daher dem Gebrauch aller anderen Arzneien aus und liess den Kranken anfangs frisch bereitete Saturationen aus *Kali carb. acid.* mit *Acid.*

1) Ich gebe Erwachsenen nie mehr als höchstens ʒj Ammonium auf ℥vj eines schleimigen Vehikels, Kindern nie mehr als höchstens ℈j — ʒß auf eben so viel Vehikel, da ich gefunden habe, dass grössere Dosen leicht den Magen affiziren, und dann auf die Schleimhäute minder günstig einwirken.

citric. saturat., jedoch mit einem Ueberschuss der Kohlensäure, brauchen, und ging dann zum natürlichen Selterwasser über, das ich den Knaben mit Milch oder Molken trinken liess. Durch den Gebrauch dieser einfachen Heilmittel milderte sich der Husten tagtäglich mehr, und gegen Ende der dritten Woche war derselbe schon fast gänzlich beseitigt. Mit der sechsten Woche war der Knabe völlig gesund und konnte wieder die Schule besuchen.

Der Bruder dieses Knaben, ein ebenfalls vollsaftiges, gediegenes Bürschchen von 4 Jahren, Namens Friedrich, überkam die Masern sehr leicht, mit drei Fiebertagen war gleichsam der ganze Krankheitszyklus geschlossen; während wiederum die Schwester beider, ein sonst munteres, aber zartes Püppchen von kaum 2 Jahren, durch das Zusammentreffen der Masern mit dem Zahnen in nicht geringe Gefahr gerieth.

Bei diesem Mädchen, Namens Pauline, traten die Erscheinungen mit jenen nervösen Symptomen auf, die die Eltern wie den Arzt nicht wenig zu beunruhigen pflegen. Bevor das Exanthem durchbrach, lag die Kranke mit gebrochenen Augen, mit hintenüber gebohrtem Kopfe, nach dem sie sehr häufig ihre zitternden Hände hinstreckte, in ihrem Bettlein. Oefteres Zähneknirschen und Aufschrecken aus einem augenblicklichen Schlummer kündigten nur zu deutlich das tiefe Ergriffensein des Nervensystems an; das Gesicht war bleich, während die Haut des übrigen Körpers glühend heiss, von einem wahren *Calor mordax* eingenommen war. Die Hände befanden sich in einer fortwährenden zitternden Bewegung, der Puls an ihnen war ungemein rasch, klein, zitternd und kaum zählbar; die kleine Kranke brachte öfter die trokkene rothe, nur an der Wurzel schwach weiss belegte Zunge hervor, und liess an derselben ein krampfhaftes Zittern gewahren, ähnlich dem, was in dem *Delirium potatorum* vorzukommen pflegt.

Dabei liess das Kind, das in gesunden Tagen die grösste Reinlichkeit zu beobachten gewöhnt war, bewusstlos grüne, einem zähen Schleim ähnliche, mit kleinen gehackten Stückchen untermischte Kothstoffe unter sich gehen, und blieb, ohne von der Nässe und dem heftigen, die Umgebung sehr affizirenden und auf die Vorkommnisse aufmerksam machenden Gestank im geringsten affizirt zu werden, fast komatös liegen, und schrie nur zuweilen, durch Schmerzgefühle oder dergleichen aufgeschreckt, ängstlich auf, stierte mit ihren sehr entzündeten und thränenden Augen einige Augenblicke umher, und fiel bald wieder in den früheren Zustand zurück. Das Exanthem schien an seinem

Durchbruch gehindert zu sein, denn es zeigten sich wohl hier und da, namentlich im Gesicht, einzelne Maserflecke, aber zur eigentlichen Efflorescenz wollte es nicht gelangen. Ich zog daher eine reizmildernde Emulsion, interponirend mit einigen Pulvern aus *Zinc. hydrocyanicum* (wozu mich besonders die Ansicht leitete, dass durch den Zustand des Zahnens ein grösserer Andrang nach dem Kopfe stattfände, und dadurch jene nervöse Symptomengruppe bewirkt würde) in Gebrauch, und hatte bald die Freude, die so gefährlich auftretenden Symptome sich mildern und einen ruhigeren Zustand eintreten zu sehen. Zur Beförderung der Hautthätigkeit verabreichte ich wieder eine Saturation (*Kali citricum*), und am 8ten Tage war die kleine Kranke schon am frühen Morgen mit den Morbillen über und über bedeckt. Die namentlich die Mutter sehr ängstenden nervösen Symptome waren gewichen, und hatten blos den gewöhnlichen Symptomen des Exanthems Platz gemacht. Das Exanthem verlief nun bei der Beobachtung der grössten Sorgfalt ziemlich normal, das Kind war wohl etwas ungeduldig und unleidlich, zumal es vom Husten ziemlich oft aus dem Schlafe gestört wurde, aber die eigentliche Gefahr war vorüber; die Desquamation trat mit dem 9ten Tage ein, das Kind schlief nun ruhiger und behielt nur längere Zeit eine bedeutende Schwäche zurück, von der es sich aber ebenfalls allmälig erholte.

Bei 2 Säuglingen von 6 und 9 Monaten verlief das Exanthem ziemlich normal, obwohl die Erscheinungen nicht ohne Heftigkeit waren; namentlich quälte der Husten die armen Kinder sehr lange, selbst nach dem Verschwinden des Exanthems. Einfache Mandel- und Mohnemulsionen, Mandelölemulsionen mit *Gummi arabic.* und *Aq. Laurocerasi* mit *Extr. Hyoscyami* und dem *Syrup. Althaeae* leisteten wenig. Pulver aus *Flor. Sulphur.* mit *Extr. Conii* leisteten schon etwas mehr. Die meiste Wirkung sah ich noch von den schon öfter erwähnten Saturationen, und von den sogenannten Plummerschen Pulvern.

Nicht ohne Interesse war die mehrfach wiederholte Beobachtung, dass das Exanthem überall da normal verlief, wo

1) das Verhalten des Kindes günstig und zweckentsprechend war, und
2) wo (ausserdem, dass keine vorherrschende Disposition zu anderen Krankheiten, oder wirkliche materielle Krankheitskeime, als Skropheln, oder ausgebildete Krankheit, z. B. Atrophie, *Febris meseraica* u. s. w., vorhanden waren) hinläng-

liche Lebenskraft und Energie zur Entwickelung und Ueberwindung der exanthematischen Krankheit sich vorfand.

In 5 Fällen, wo eins von diesen beiden Momenten oder beide fehlten, waren die Masern Ursache eines schnell herbeigekommenen Todes.

Diese Fälle boten manches Eigenthümliche und Charakteristische dar, so dass sie der Erwähnung werth sind und hier noch Platz finden mögen.

Adolph W., 2 Jahre alt, ein kerniger, brauner, kräftiger Bursche, der die ersten Zähne auf eine überaus leichte Weise bekommen hatte, wurde, als die Backenzähne durchbrechen wollten, von einem gelinden Durchfall befallen. Ich machte die Mutter, eine Dienstmagd, die öfter zu uns kam, darauf aufmerksam, dass sie den Durchfall zwar nicht hemmen, aber wohl beachten sollte, damit er nicht durch zu lange Dauer den Knaben schwäche. Aber trotz dieser meiner Ermahnung und Warnung wurde das Kind bei Wind und Wetter herausgelassen, erhielt reifes und unreifes Obst, frischen warmen Kuchen u. dergl. mehr, wodurch wie natürlich der Durchfall nicht nur unterhalten, sondern vermehrt und verschlimmert wurde. Ja selbst, als in der Mitte der Epidemie der Knabe schon das Masernexanthem im Gesichte hatte (was die Leute ein Gepürzel nannten), wurde er keineswegs in der Stube erhalten, sondern trotz der nasskalten und regnerischen Tage ins Freie getragen, und draussen halb nackt allen Witterungseinflüssen preisgegeben.

Am 4ten Tage, nachdem das Exanthem im Gesicht zum Vorschein gekommen war, am 9. Juni, ward das Kind kränker, mochte nichts mehr zu sich nehmen, wimmerte und winselte fortwährend, lag theilnahmlos und apathisch im Bette, und hatte eine 10 — 12malige grüne schleimige Stuhlentleerung. An diesem Tage erst wurde ich zu dem Kinde gerufen; ich fand dasselbe sehr blass, mit eingefallenem Gesicht, mit trockener, ja dürrer, am oberen Körper heisser, unten kühler Haut, mit sehr häufigem kleinen, zitternden Pulse. Auf dem Gesichte sah man noch blasse, aber deutliche Spuren des Masernexanthems, auf dem übrigen Körper aber kein Zeichen desselben. Ich erkannte hier sogleich, dass das Exanthem in seinem Ausbruch gehindert worden sei, ich liess den Kranken alsbald in die Betten einhüllen, ihm eine Tasse recht warmen Fliederthee reichen, und gab ihm innerlich, da auch der den Knaben sehr belästigende Husten und der Durchfall einige Berücksichtigung erforderte, eine *Emulsio papaverina* mit

Liq. Ammonii acet. und *Syrup. Diacodii*, abwechselnd mit einem Pulver aus *Magnesia carb.*, *rad. Valerian.* und *Rhei* in kleinen Dosen. Nach einigen Stunden brach auch ein linder Schweiss aus, den ich zu unterhalten mich bemühte. Durch diese kräftig angeregte Hautthätigkeit brachen auch während der Nacht die Masern auf Brust, Rücken und Leib aus, während die Extremitäten noch frei davon blieben. Der Durchfall hatte sich am Morgen des 10ten, wo ich den Knaben wieder sah, ein wenig gemildert, aber doch sah man die Kräfte sichtlich abnehmen und schwinden. Das Kind lag apathisch mit halbgebrochenen Augen in seinem Bettlein. Ich verabreichte den *Liquor Ammonii succinici* und *Aq. Foeniculi* mit Zusatz von einigen Tropfen *Vinum Huxhami*. Im Laufe des Tages schien sich der Zustand etwas zu bessern, das Exanthem erschien auch an den Extremitäten, der Knabe nahm ein wenig Suppe zu sich, und sah einigemal seine Mutter lächelnd an. Der Athem war mässig kurz und etwas röchelnd, der Husten leicht und lose. Der Puls hatte seine frühere Beschaffenheit nicht verloren.

Die Nacht verging ziemlich ruhig. Das Kind schlief zwar mit vielen Unterbrechungen, doch aber 1½—2 Stunden. Am folgenden Morgen kam die Mutter zu mir, um mir freudig die Nachricht zu bringen, dass sie neue Hoffnung hätte, das Kind würde leben bleiben und noch einmal gesund werden, da dasselbe sie gerufen, auch zu trinken gefordert und sich ziemlich munter umgesehen hätte; aber sie war noch in ihrem Berichte begriffen, als schon die Mutter der Berichterstatterin ins Zimmer hereingestürzt kam und mit ängstlicher Hast und Miene der Tochter zurief, sie solle schleunigst nach Hause kommen und mich eiligst mitbringen, da das Kind schlechter geworden sei und vielleicht schon im Sterben liege. Ich ging natürlich sogleich mit, fand das Kind mit verdrehten, stieren, wässerigen Augen, krampfhaft geschlossenen Händen, und einem sehr kleinen spastischen Pulse. Das Exanthem war sehr blass geworden, ein kalter, in Tropfen stehender Schweiss bedeckte die Stirn, und einzelne Zuckungen kündigten nur noch das schwindende Leben an. Hier hielt ich es für nöthig, um die schwindenden Lebensgeister vielleicht noch einmal anzufachen, kräftig erregende Mittel zu geben. Ich verband daher der vorliegenden Indikation gemäss Moschus mit Kampher und *Sulphur aurat.*, die dem gesunkenen Nervenleben noch einmal einen neuen Aufschwung geben sollten; ich liess Senfteige an die kalten Waden legen, Senföl einreiben, Naphtha auf die Herzgrube träufeln u. s. w., — aber leider

Alles vergebens. Nach einer halben Stunde, während welcher Alles im *status quo* blieb, musste ich mich entfernen, um meine anderen Patienten noch zu besorgen, und wollte nach einigen Stunden wieder kommen, und verordnete nur den ruhigen Fortgebrauch der verabreichten Arzneien. Als ich nach 2½ Stunden ungefähr zurückkehrte, war das Kind eben erst verschieden; nach dem Gebrauch zweier Pulver soll sich der Krampf gelöst, der Athem, der vorher rasselnd gewesen war, dieses Rasselgeräusch verloren haben und leichter geworden sein, — aber es war nur das letzte Aufflackern der Lebensflamme; — der Knabe hatte noch einmal Mutter gerufen und war sanft und schmerzlos, ohne weiteres Zucken, in den Armen derselben verschieden.

Hier hatte es offenbar an hinlänglicher Reaktionskraft gefehlt, um das verspätete und gleichsam künstlich erzeugte oder wenigstens erzwungene Exanthem auf der Haut festzuhalten. Die Nervenkraft, die bei allen akuten Exanthemen eine eigenthümliche Verstimmung [1]) zu erleiden scheint, war gebrochen; die flüchtige Moschuswirkung konnte dieselbe nicht herstellen, und so war der Tod die unausbleibliche Folge eines im Verhalten vernachlässigten Exanthems.

Der zweite und dritte Fall betraf 2 Mädchen (Schwestern) von 1 und 2 Jahren, die beide schon den frühen Todeskeim in sich trugen, und nur des Masernexanthems bedurften, um eine sichere und schnelle Beute des Todes zu werden.

Marie Knobel, 11 Monate alt, das ausgeprägte Jammerbild der *Atrophia meseraica*, die welk und bleich, wie ein altes zusammengeschrumpftes Mütterchen, ja fast mumienähnlich, an den welken Brüsten der Mutter lag, wurde am 16. Juni von den Masern befallen. Der Husten, der neben einem mässigen Durchfall das hervorstehendste Krankheitssymptom war, griff das abgezehrte Kind dergestalt an, dass ich bei jedem Hustenanfall glaubte, das Kind müsse durch Rhexis eines Gefässes sein Leben enden. Es war der Husten so arg, dass er an Vehemenz einem Keuchhusten gleichkam (nur fehlten ihm die jenem zukommenden charakteristischen Momente der Periodizität der Paroxysmen und des eigenthümlichen Tones) und war unstreitig nur die

---

1) Dies scheint auch schon hierin eine Bestätigung zu finden, da die häufigen Beobachtungen lehren, dass die Kinder mit akuten Hautausschlägen, namentlich mit Masern und Scharlach, von einer ganz besonderen Ungeduld und Launenhaftigkeit befallen sind, wie es bei anderen fieberhaften Krankheiten nicht in so hohem Grade der Fall zu sein pflegt.

Folge einer von Skrophelablagerungen erfüllten, durch das Masern-exanthem zum Husten eigenthümlich angeregten Lunge.

Ich prognostizirte den Eltern auch sogleich einen sehr zweifelhaften Ausgang, indem es als ein wahres Wunder zu betrachten gewesen wäre, wenn das atrophische, welke, fast lebensunfähige Kind auch noch die Masern überstanden hätte; jedoch that ich zur Beruhigung der Eltern mein Möglichstes, um wenigstens den Husten zu besänftigen. Dies gelang auch einigermassen durch einen einfachen Linktus aus *Syrup. Althaeae*, *Aq. Foenic.* āā ℥j und *Aq. Laurocerас.* ℈j. Aber schon am 5ten Tage, nachdem das Exanthem einen rapiden Verlauf gemacht hatte und am 4ten Tage schon fast gänzlich verschwunden war, hauchte das Kind unter einem, bei einem Kinde jämmerlich anzusehenden Todeskampfe, — der Athem wurde fürchterlich kurz, kaum zählbar, das Brüstchen flog wie eine zitternde Saite, der Schleim rasselte und röchelte auf und in demselben wie in einem kochenden Brei, die Kraft, denselben herauszuhusten, fehlte, Arznei war nicht mehr beizubringen, nicht mehr anwendbar; — unter solchem Kampfe also hauchte endlich das arme Kind sein jammervolles Leben aus.

Die Schwester dieses Kindes, ein hübsches, kluges, aber überaus zartes und ebenfalls skrophulöses Mädchen von 2 Jahren, Namens Ernestine K., hatte auch früher in Folge eines Falles zwei Rippen geknickt, die bei der ferneren Entwickelung eine ungleiche und gekrümmte Bildung des Thorax bewirkten. Dadurch mochte das Kind eine ungleich grössere Neigung zu Brustkrankheiten erlangt haben, woran es auch öfter litt, indem es fast bei jeder Witterungsveränderung von Husten und Schnupfen befallen wurde, von welchem ich es erst im November 1842, wo der katarrhalische Zustand zu einer ängstlichen Höhe gestiegen war, nur mit Mühe befreit hatte.

Dieses Kind wurde am 27. Juni von den Masern ergriffen; da das Exanthem aber ziemlich mild auftrat, beachteten die Eltern es nicht sorgfältig, liessen, ohne etwas zu thun, mehrere Tage verstreichen, und holten mich erst am 1. Juli, nachdem das Fieber und der Husten eine bedenkliche Höhe erreicht, und der Athem eine gefahrvolle Beschaffenheit angenommen hatte.

Ich fand das Kind sehr unruhig, jammernd und winselnd, mit einem sehr kurzen, pfeifenden Athem, und einem kurzen, rauhen Husten. Das Gesicht war sehr roth und heiss; die übrige Haut turgescirte ebenfalls. Der Puls war schnell, häufig und härtlich, und eine entzündliche Reizung der Bronchien offenbar zugegen. Die Auskulta-

tion konnte ich, der grossen Unruhe des Kindes wegen, nicht anstellen. Das Exanthem war über den ganzen Körper verbreitet, und bot weiter nichts Normwidriges dar. Ich liess, der entzündlichen Reizung der Brustorgane wegen, zwei Blutegel setzen und dieselben 1½ Stunden nachbluten, verordnete innerlich eine Saturation mit etwas Salmiak und *Aq. Lauroceras.* Am 2. Juli befand sich das Kind ziemlich erträglich, die Nachtruhe war nicht allzuoft durch Husten unterbrochen worden, der Athem war ruhiger und freier, der Husten seltener und loser, der Puls, minder häufig und hart, war von 130 Schlägen auf 106 gefallen, und ich sowohl als die Eltern gaben uns der Hoffnung hin, dieses Kind werde gerettet werden und genesen. Doch im Rathe Gottes war es anders beschlossen; in der Nacht schon, vom 2. zum 3. Juli, wurde das Mädchen wieder unruhiger, der Athem rasselnder, keuchender, kürzer. Ich verordnete Kalomel mit *Sulphur aurat.* und interponirte, weil ich Konvulsionen, zu denen schon alle Aussichten vorhanden waren, befürchtete, einige Pulver aus *Zinc. oxydat. alb.* mit etwas Ipekakuanha. Das erste Kalomelpulver brach das Kind aus und entleerte dabei eine Menge Schleim, wodurch es eine kurze Erleichterung bekam. Aber nach 1½ Stunden kehrte der alte gefahrvolle Zustand zurück, das Kind warf sich ängstlich hin und her, das Röcheln auf der Brust nahm immer mehr zu, der Husten trat jetzt nur selten ein, und bestand blos in einem kraftlosen Abstossen, man sah sichtlich die Respirationsorgane in einen lähmungsartigen Zustand gerathen; ich verordnete noch einen Brechlinktus, aber das Kind reagirte gar nicht mehr darauf; die Nasenflügel wie das Gesicht wurden bläulich livid, der Mund weit aufgerissen, der Athem immer kürzer, der Puls kaum mehr fühlbar, fadenförmig, und Mittags 1 Uhr war die Szene geschlossen. Was mir merkwürdig und interessant war, bestand darin, dass mit dem Moment des Todes die Verzerrung des Gesichts nachliess, die livide Färbung schwand, und das Kind sogleich das liebliche und engelgleiche Aussehen eines schlafenden Kindes annahm.

Minna G., wurde gleichzeitig mit ihren drei jüngeren Geschwistern, die sämmtlich die Krankheit glücklich überstanden hatten, von den Masern befallen. Dieses 8 Jahre alte Mädchen hatte einen skrophulösen Habitus und eine sehr zarte Konstitution. Durch ein *Vitium primae formationis* hatte sie einen sogenannten Wolfsrachen, einen gespaltenen Gaumen (*Palatum fissum*), wodurch das unglückliche Geschöpf eine näselnde, kaum verständliche Sprache hatte. Katarrhalische Affektionen ihrer sehr schwachen Brustorgane waren schon öfter

dagewesen, und hatten stets die sorgfältigste Behandlung und Pflege erheischt. Das Masernexanthem war bei ihr mit ziemlicher Leichtigkeit ausgebrochen, das Fieber und die Augenentzündung waren minder heftig, als bei den jüngeren, robusteren Geschwistern. Nur der Husten quälte sie sehr, und mattete sie und ihre Kräfte gewaltig ab. Das Exanthem verlief ganz normal, die Desquamation ging langsam und ruhig von Statten, und mit der dritten Woche konnte das Mädchen schon auf kurze Zeit das Bett verlassen. Es war nur der lästige Husten und eine Schwäche des Muskelsystems zurückgeblieben. Ich liess sie die Hufelandsche Mixtur aus *Aq. Foeniculi* ℥j, *Extr. Carduí* ʒj, *Extr. Dulcamar.* ℈j, *Aq. Laurocerat.* ʒj (was ich zuweilen mit *Extr. Hyoscyami* gr. xij vertauschte) längere Zeit fortbrauchen, liess *Lichen Carragaheen* als Thee trinken, die *Farina Hordei praeparat.* als diätetisches Mittel geniessen, und suchte auf alle mögliche Weise die schwindenden Kräfte zu erhalten und den lästigen Husten, der ganz die phthisische Beschaffenheit angenommen hatte, zu beseitigen. Wenn auch dies auf eine Zeitlang zu gelingen schien, so reichte doch wieder die geringste Veranlassung hin, den Husten hervorzurufen und die Krankheit zu steigern.

Ich habe noch nie die Phthisis eiligere und raschere Fortschritte machen sehen, als bei diesem Mädchen, und sie konnte hier mit vollem Rechte die galloppirende Schwindsucht, *Phthisis florida,* genannt werden. Das zwar zarte, aber sonst runde Mädchen magerte binnen kurzer Zeit skeletähnlich ab, die Haut hing bleich und welk wie lappig an dem Körper herab, das charakteristische rosenfarbene fleckige Dreieck, jene zirkumskripte Todtenröthe auf den Wangen, war das einzige Zeichen, dass noch Blut in den Adern kreiste. Die Haut war meist trocken, und nur des Morgens, wenn die Kranke aus dem Schlafe erwachte, mit einem klebrigen Schweisse bedeckt, der dann schnell erkaltete, und einer pergamentartigen Dürre wich. Dies erschien mir in diesem Falle als höchst bemerkenswerth, weil ich es in solcher Art früher und später nicht wiedergesehen habe. Das Abendfieber trat mit kurzem Frösteln und darauf folgender fliegender Hitze mit brennenden Handtellern auf, die für das Gefühl wohl eine beissende Wärme (*Calor mordax*), nicht aber für das Thermometer eine bemerkliche Veränderung zeigten. — Der Auswurf, der nach langem, beschwerlichem Husten und mit grosser Mühe heraufbefördert wurde, war geballt, mit jenen grauen, bläulichen Körnchen (Tuberkeln) verbunden, wie sie der Phthisis eigen sind. Die Kräfte sanken immer mehr und

mehr, das Fieber verzehrte sie, ohne dass erst ein *Stadium colliquativum* zu ihrer Aufreibung nothwendig war; nur minutenlanger Schlaf erquickte die geduldige Kleine, die in jedem Moment kurzer Ruhe mit ihren bereits genesenen Geschwistern von den Zeiten sprach, wo sie wieder mit ihnen spielen und in die Schule gehen würde. Je näher der Tod rückte, je mehr schien die Hoffnung des Mädchens auf Genesung zu steigen. Am Tage vor ihrem Tode, wo sie schon mehr einer Leiche als einem lebenden Wesen ähnlich sah, fragte sie mich, ob sie morgen aufstehen dürfte. Der Husten war fast gänzlich weggeblieben, und namentlich der Auswurf völlig sistirt, und diese Todeszeichen waren dem Kinde Hoffnungsblüthen, die bald abfallen sollten. Gegen Abend des 6. August wurde der Athem immer kürzer, und das Kind starb mit vollem Bewusstsein, nachdem es von ihren Eltern und Geschwistern eine Art Abschied genommen hatte. Vom 26. Mai, wo die Masern es befallen hatten, bis zum 6. August, war der Zyklus der Gesundheit, der Masern und der Phthisis geendigt.

Der fünfte mit dem Tode endigende Fall betraf den 1¼jährigen Knaben des Schuhmachers R., einen von Geburt robusten, kräftigen Burschen, der in der Dentitionsperiode, worin er durch einen langanhaltenden Durchfall sehr erschöpft worden war, ebenfalls von den Masern befallen wurde. Die Eltern hatten weder zum Durchfall etwas gethan, noch glaubten sie gegen die Masern ärztlicher Hülfe zu bedürfen. Das Exanthem war laut Bericht 4 Tage alt, als ich an dem Morgen des 4. Juli zu dem Knaben gerufen wurde, weil er in die sogenannten Fraise (*Convulsiones*) gefallen war. Der Knabe soll Abends vorher noch verhältnissmässig munter gewesen sein, erst gegen Morgen fing er an zu kreischen, und als die Mutter aufstand nachzusehen, sah sie zu ihrem Erschrecken, dass das Kind mit verdrehten Augen, angezogenen Beinchen und verdrehten Händchen in Krämpfen lag. Die Eltern glaubten schon, er stürbe, warteten demnach noch ½ Stündchen, ehe sie nach mir kamen. Als ich das Kind sah, war es wirklich schon im Verscheiden, und ich hatte nichts weiter zu thun als die Klagen der Mutter anzuhören, die den Verlust ihres einzigen Kindes bejammerte, welcher, wenn auch nicht mit Bestimmtheit, doch mit Wahrscheinlichkeit als ein durch Vernachlässigung rechtzeitiger ärztlicher Hülfe, die während der Diarrhoe schon die Kräfte für das Exanthem hätte sparen können, herbeigeführter (Verlust) anzusehen war.

Bei einem anderen Knaben endlich hatten die glücklich überstandenen Masern die Folge, dass die Skropheln, die nur in schwachen

Keimen vorhanden gewesen sein konnten, da man dem muntern und kräftigen Burschen früher keine Spur angesehen hatte, mit voller Gewalt ausbrechen, und den Knaben, der vorher kräftig, munter und wirklich schön war, zu einem skrophulösen Jammerbilde machten, das nach den früheren Verhältnissen kaum mehr wieder zu erkennen war.

Karl Heilscher, ein Schuhmachersohn, 6½ Jahre alt, bekam gegen Mitte Juli die Masern. Der Knabe war früher noch nie krank gewesen, und die armen Eltern glaubten daher, da so viele Kinder dieselbe Krankheit ohne ärztliche Hülfe überstanden hatten, ihr Karl würde auch ohne weitere nachtheilige Folgen die Masernkrankheit überwinden. Ganz besonders heftig war die Augenentzündung, die das Exanthem begleitete; Husten und Fieber sind sonst gering gewesen. Der Ausschlag fing schon an zu erbleichen, ja auch sich abzuschuppen, ohne dass die Augenentzündung nachliess. Eines Morgens, am 9ten Tage nach dem Ausbruch des Exanthems, schrie der Kranke furchtbar auf: „meine Augen, meine Augen!!" Der Kleine konnte sie nicht mehr aufmachen. Darüber erschraken die Eltern sehr, und holten mich. Ich fand den Burschen im Bett auf dem Gesicht liegen, mit beiden Händen die Augen bedeckend, der deutlich erkennbare Masernausschlag war in der Desquamation begriffen, Husten war nur sehr mässig vorhanden, der Athem gut und der Puls fast normal. Als ich den Kranken aufrichtete, um ihn und seine Augen mir genauer anzusehen, und als ein hellerer Lichtstrahl auf dieselben fiel, fing der Knabe wieder laut aufzuschreien an. Die Augenlider waren sehr geschwollen und die Ränder durch einen gelben dicken Schleim verklebt. Nur mit Mühe gelang es mir, durch einen kleinen in Flieder getauchten Schwamm die Augenlider aufzuweichen und zu öffnen, das Geschrei des Knaben durfte mich nicht stören; die Konjunktiva der Augenlider war geröthet, während die des Augapfels fast weiss erschien. Doch vermochte der Kranke auch nicht einen Augenblick das Auge offen zu erhalten, so gross war die Photophobie. Ausser der Anschwellung der Augenlider waren auch die Nasenflügel und die Lippen geschwollen, erstere auch exkoriirt und mit deutlich skrophulösen Geschwürchen bedeckt. Der sonst bildhübsche Knabe war hässlich geworden.

Ich liess sogleich die Autenriethsche Pustelsalbe (*Unguent. Tart. stibiat.*) in den Nacken reiben, liess den Knaben ein Pulver aus *Hydrarg. stibiat. sulphurat.*, Magnesia und etwas Rheum brauchen, und ein Umschlagwasser von gr. j Sublimat in ℥ix *Aq. destillat.* mit ℈j *Tr. Opii croc.* lauwarm anwenden. Nach 3tägiger Anwendung

dieser Mittel konnte der Kranke die Augen wenigstens im Schatten öffnen, und einige Minuten offen halten. Aber die Reihe der Skrophelsymptome brach nun nach einander in buntem Wechsel hervor, die Halsdrüsen schwollen an und gingen in skrophulöse Geschwüre über, der Kopf bedeckte sich mit einer *Tinea mucifluа*, die Lippen wurden geschwürig, das Augenübel vikariirte mit dem der anderen Theile; waren die Augen etwas besser, so wucherte der Krankheitsstoff in den Halsdrüsen und an anderen Theilen des Kopfes, und so umgekehrt. Der Leib zeigte sich hart und aufgetrieben, und es bedurfte einer fast jährigen Kur, wo alle Antiskrophulosa in Anwendung kamen, und wo ich von keinem der gerühmten Mittel, *Ol. Jecor. Aselli*, Nussblätterthee, *Kali hydroiod.*, *Antim. praeparat.*, Eichelkaffee u. s. w., sämmtlich lange Zeit fortgegeben, eine besonders günstige Wirkung gesehen habe, ehe eine bedeutende Besserung eintrat. Es schien, als wenn das Masernexanthem in diesem Knaben eine eigenthümliche Revolution seines Drüsen- und reproduktiven Systems hervorgerufen hätte, und als wenn die Natur erst den spezifischen Stoff gänzlich entfernt haben müsste, ehe eine *restitutio ad integrum* ermöglicht werden konnte. So arm die Eltern auch waren, so setzten sie dennoch die Kur fast ein Jahr lang fort. Diätetische und arzneiliche Mittel (Bäder, gute Diät, freie Luft und die oben angeführten Medikamente) wurden nicht gespart, aber sie bewirkten wohl Besserung, aber keine Heilung. Erst dem folgenden Frühjahr war es vorbehalten, den Knaben zu heilen. In den Wintermonaten hatte ich nur die *Folia Nucum jugland.* brauchen lassen, und allmälig fingen die Geschwüre sich wirklich zu vernarben an, die Augenentzündung verlor sich, es trat mit dem Beginne der besseren Jahreszeit eine allmälige Ausgleichung ein und es ebneten sich die bisher verdickten und angeschwollenen Theile, so dass der Knabe als genesen betrachtet werden konnte. Seit zwei vollen Jahren ist nun der Knabe auch gesund geblieben, und es steht zu hoffen, dass die Masern wie die Skropheldiathese getilgt sein und bleiben wird.

Auch diese Epidemie hat die unumstössliche Lehre gegeben, dass, so wie die Wirkung der Medikamente keine absolute ist, sondern eine durch die Individualität, Konstitution und andere Einflüsse bedingte, eben so auch die Einwirkung bestimmter Krankheitsstoffe, Kontagien und Miasmen keine positive, sondern nur eine relative, eine von der Individualität, Konstitution und dgl. mehr abhängige, wie auch eine spezifische ist; so dass bei allen Epidemieen nicht bloss der Genius derselben

zu ergründen, sondern überall auch ein grosses Augenmerk auf die ergriffenen Individualitäten und Konstitutionen und übrigen Umstände zu richten ist, von denen unbedingt eben so, wie von der Epidemie selbst der Verlauf und die Entscheidung der Krankheit abhängt.

Einige Worte über Hydrokephalus, von Dr. M. Hirsch jun., prakt. Arzte zu Bingen a. Rh.

Ausgezeichnete Schriftsteller über Kinderkrankheiten haben in der neuesten Zeit sichtbare Anstrengungen gemacht, das Wesen jenes chamäleonartigen, oft so tückisch verlaufenden Gehirnleidens aufzuklären, das in früherer Zeit unter der Kollektivbezeichnung *Hydrocephalus acutus* in den ärztlichen Handbüchern figurirte. So wie die Benennung Askites längst nichts Anderes mehr als ein Symptom der verschiedenartigsten pathologischen Zustände ist, eben so war es den neueren pathologisch-anatomischen Forschungen und Untersuchungen vorbehalten, das bisher noch dunkele Gebiet der Gehirnkrankheiten zu beleuchten, und nachzuweisen, dass dem *Hydrocephalus acutus* der älteren Schriftsteller, an welchem jährlich eine grosse Anzahl Kinder umkommen, die verschiedensten Krankheitsprozesse zu Grunde liegen, und der generelle Gesichtspunkt, unter welchen früher der hitzige Wasserkopf subsumirt ward, musste aufgegeben werden, sobald die exaktere Pathologie und pathologische Anatomie die verschiedenen Ursprungsquellen jener symptomatischen Bezeichnung aufgefunden hatten. So spricht man nun nach neuerer Unterscheidung von einem *Hydrocephalus chronicus et congenitus* (einer Hemmungsbildung), vom *Hydrocephalus inflammatorius* (einem Ausgange der Hirnhautentzündung) und vom *Hydrocephalus acutus*. Jene dritte Form, der *Hydrocephalus acutus*, ist es nun aber, welche Rilliet in einem Aufsatze im Journal für Kinderkrankheiten von Behrend und Hildebrand, Bd. VI, Heft 4, mit dem Namen *Meningitis tuberculosa* bezeichnet hat, und jeder Arzt, welcher Gelegenheit hatte, dieses gefährliche Uebel am Bette der Kleinen zu beobachten, und leider hat man dies nur zu oft, muss eingestehen, dass Rilliet die Natur treu kopirt und mit Scharfsinn namentlich den oft proteusartigen Verlauf und den schwankenden Entwickelungsgang dieser mörderischen Krankheit geschildert hat. Trotzdem müssen wir

eingestehen, dass die Benennung *Meningitis tuberculosa,* die Rilliet für den *Hydrocephalus acutus* adoptirt, nichtsdestoweniger einseitig und von einem Symptom, nämlich dem der Meningitis, hergeleitet ist, das in vielen Fällen nicht einmal vorhanden und ein zufälliger Begleiter dieser Hirntuberkulose und Hirnwassersucht ist. Die Erscheinungen im Leben, so wie die Sektion lassen oft nicht die leiseste Spur einer Entzündung der Meningen erkennen, und wir müssen daher nach meiner Ansicht von der Bezeichnung *Meningitis tuberculosa* gänzlich abstrahiren und zur Verwechselung mit anderen Gehirnkrankheiten die Benennung *Hydrocephalus acutus* beibehalten.

Hydrocephalus acutus ist die Blüthe eines Krankheitsprozesses, dessen Ursprung in den Digestions- und Assimilationsorganen zu suchen ist, der weiterhin die Brustorgane ergreift und sein mörderisches Ende in den serösen Häuten des Gehirns beschliesst. Während also der *Hydrocephalus inflammatorius* seine Begründung in einer einfachen akuten oder chronischen Meningitis mit serösem, plastischem oder eitrigem Exsudate, je nach ihrem verschiedenen Charakter, hat, ist der akute Hydrokephalus ein tief im Organismus wurzelndes Uebel, eine allgemeine skrophulöse Tuberkulose, eine Tuberkulose der verschiedensten Organe des kindlichen Organismus. Ehe jedoch diese Tuberkulose in anderen Organen, z. B. in den Lungen, Bronchialdrüsen, auf der Pleura, wo sie oft lange latent bleibt, ihren Zerstörungsprozess begonnen, geht der Zug der Tuberkeln nach jenen Organen, wo naturgemäss die Thätigkeit vorherrschend ist, also im kindlichen Alter nach dem Gehirn, und wegen der Dignität des Gehirns führen sie daselbst auch rasch einen tödtlichen Ausgang herbei. Dieser Ausgang der skrophulösen Tuberkulose ist nun Infiltration und Exosmose eiweissstoffiger Materie aus dem Blute in die Gehirnhäute, und dieser Ablagerungsprozess kann nun mit Entzündung der Gewebe einhergehen, die Ablagerung kann aber auch ohne diese erfolgen, und das albuminöse Wasser und der Tuberkel können zuweilen rasch und ohne Entzündung der Gewebe ausgeschieden werden. Danach sind auch die Symptome oft wechselnd, und Rilliet hat namentlich darin ein grosses Verdienst, dass er das *Stadium prodromorum* einer sehr genauen Prüfung unterworfen und somit auf den im Finsteren lauernden Feind aufmerksam gemacht hat. Denn so wie die *Tuberculosis pulmonum,* sobald einmal die krankhafte Bildung sich in den Lungen manifestirt und physikalisch nachweisbar ist, ihren Verflüssigungsprozess beginnen will u. s. w., nur in sehr wenigen Fällen noch geheilt wird,

und für den praktischen Arzt der Zeitpunkt von unendlicher Wichtigkeit ist, wo die leisesten Erscheinungen einer Tuberkeldyskrasie sich einstellen, wo die Ernährung gesunken, der Kräftezustand herabgekommen, die Hämatose gestört ist, oder wo in Folge mangelnder Innervation vom Brustnervensystem aus sich Tuberkeln deponiren wollen u. s. w., eben so beschränkt sich die Wirksamkeit unserer therapeutischen Hülfsmittel hauptsächlich auf das Stadium des akuten Hydrokephalus, wo die zwar leisen, aber um so tückischeren Prodrome den umsichtigen und am Krankenbette geprüften Arzt an die grosse Bedeutsamkeit des im Anzuge begriffenen Uebels mahnen müssen.

Wie die Lungentuberkulose eins der häufigsten Leiden im Jünglingsalter, so ist die Tuberkulose und Wasserbildung im Gehirne das ausschliessliche Prärogativ des Kindesalters, und nur dadurch, dass das Sektionsmesser in früherer Zeit wenig Rücksicht auf das Vorhandensein der Tuberkeln nahm und sich mit der näher liegenden Thatsache des albuminösen wässerigen Ergusses in die Ventrikel und auf die *Basis cranii,* mit mehr oder weniger bedeutender Gefässinjektion der Meningen begnügte, geschah es, dass das eigentlich Primäre der Krankheit übersehen wurde. Dazu kommt noch, dass der Arzt gewöhnlich erst dann gerufen wird, wenn bereits die Ablagerung und der Erguss, das sekundäre Gehirnleiden, ganz nahe ist; stirbt dann der kleine Kranke unter deutlichen Symptomen eines akuten Hydrokephalus, so hat man sich früher begnügt, den Schädel zu öffnen, die Thatsache des wässerigen Ergusses zu konstatiren; an die Eröffnung des Brustkastens, Untersuchung der Lungen, Pleura u. s. f., wo derselbe Prozess vor sich gegangen war, dachte man früher selten, und so wurde das Uebel in seinem wahren Wesen meistens verkannt und übersehen. Rokitansky hat eine sehr naturgetreue Schilderung dieses Vorganges gegeben, weist auf das Analoge desselben mit der tuberkulösen Infiltration der Lungen hin, und sagt sehr richtig, dass die in tuberkulöser Meningitis oder in akuter Tuberkulose begründete Hydrokephalie nur höchst selten eine primitive sei, sondern zu anderen bereits bestehenden Tuberkulosen, zu Lymphdrüsen- und Lungentuberkulosen hinzutrete und Theilerscheinung einer allgemeinen akuten Tuberkulose bilde.

Unter den Symptomenkomplex im *Stadium prodromorum* gehört noch Rilliet auch Leibschmerz; er hat jedoch nicht das Gewicht auf jenes Zeichen gelegt, welches ihm im Zusammenhange mit den übrigen zukommt. Ich habe Leibschmerzen konstant ge-

funden, und zwar als eins der frühesten Zeichen. Der Schmerz konzentrirt sich zwischen Magen- und Nabelgegend, nimmt beim Drucke etwas zu, so dass man entweder Würmer vermuthet, oder an einen skrophulösen Dickbauch denkt, oder man wird selbst an eine chronische Gastritis erinnert, und doch ist dieser konstante Leibschmerz nur der Vorbote eines bei weitem wichtigeren Uebels. Der Leibschmerz bei Würmern hat häufig seinen Sitz tiefer unten um den Nabel herum und findet sich hauptsächlich Morgens nüchtern, nimmt auch beim Druck auf den Leib nicht zu. Bei chronischer Gastritis tritt der Schmerz stärker nach dem Genusse von Nahrung hervor und ist häufig mit Erbrechen verbunden, was hier nicht der Fall ist. Es ist nun hier wirklich nur ein skrophulöser Dickbauch, eine pastöse, sich teigig anfühlende Schwellung der Oberbauchgegend, ein Zustand, der den Beginn der Skrophulose und der skrophulösen Tuberkulose andeutet. Stiebel hat in seiner neuesten Schrift „Vorlesungen am Frankfurter Kinderhospitale" eine sehr genaue Distinktion dieses Zustandes gegeben, der nicht mit Bauchskropheln, einer weit entwickelteren Krankheitsform, zu verwechseln ist.

Erbrechen und Kopfschmerz, zwei so gefürchtete Symptome, treten im Anfange nie auf, und auf den Kopfschmerz kann man sich am wenigsten verlassen. Sind beide erst eingetreten, dann ist es schon sehr spät, weil der tuberkulöse Prozess in seiner ganzen Intensität schon eingeleitet ist, und der Wassererguss und die Tuberkelablagerung in die Meningen schon vor der Thüre steht oder eingetreten ist. Beide Zeichen sind in diesem Falle schon fast hoffnungslose Symptome, während sie im *Stadium congestivum* des inflammatorischen Hydrokephalus lange die ominöse Bedeutung nicht haben.

Schlaffheit der Muskeln und Abmagerung, namentlich die des Brustkorbes, bleiche Gesichtsfarbe, geringelte Augen, Klagen über Leibschmerzen, weissgelber Bodensatz im Urin, Veränderung der Züge und des Blikkes, verlorene Munterkeit, Suchen der Einsamkeit, eine gewisse Kurzathmigkeit, kurzes trockenes Hüsteln treten als Vorboten im Verlaufe von $\frac{1}{4}$ Jahre bis zu 14 Tagen auf; Kopfschmerz und Erbrechen findet dann noch nicht statt; der Appetit ist selten gestört; Verstopfung ist häufig, seltener wechselt sie mit Diarrhoe ab, und gerade diese Symptomengruppe deutet am allerwenigsten auf die Entwickelung eines so gefahrdrohenden Uebels. Man ist gern versucht, Würmer zu vermuthen, und häufig wird man auch durch den

Abgang von Würmern nach Anthelminticis in dieser Ansicht bestärkt; allein der Abgang von Würmern ist ebenfalls nur das Symptom einer in der Entwickelung begriffenen skrophulösen Krankheit, die vom Drüsenapparate des Unterleibs ausgeht.

Kitzeln an der Nase, dilatirte Pupille, Zähneknirschen geben kein unterscheidendes Moment ab; alle diese Symptome deuten im Allgemeinen nur auf eine Reizung des Unterleibsnervensystems und sind Reflexerscheinungen, die auf die verschiedensten Uebel bezogen werden können.

Von Träumen unterbrochener Schlaf, Aufschreien im Schlafe, kommt auch bei Würmern vor; nur das eigenthümliche Angst- und Jammergeschrei: „Ach Gott Mutter! Ach Gott Mama!" habe ich beim beginnenden Hydrokephalus als einen wahrhaft pathognomonischen Angstruf beobachtet. Die Mutter oder Amme muss ans Bett des Kleinen herbeieilen, wenn es sich beruhigen soll.

Die Wurmsymptome treten in der Regel nur zur Vollmondszeit auf, während beim beginnenden akuten Hydrokephalus alle Zeichen einen konstanten Charakter haben. Dass die Mondsphase einen ganz entschiedenen Einfluss auf das Hervortreten der Wurmzufälle habe, wird gewiss keinem aufmerksamen Beobachter entgangen sein.

Der Arzt wird zu dieser Zeit, wo die Kunst am mächtigsten wäre, selten konsultirt, bei armen Leuten fast nie. Man überladet das Kind mit Wurmmitteln, und erst mit dem Eintritt von Kopfschmerz und Erbrechen oder eines akut-febrilen Zustandes, wo es dann häufig zu spät ist, wird der Arzt gerufen.

Da die Abmagerung im Gesichte selten stark ist und sie sich hauptsächlich am Körper zeigt, so bemerken nicht sehr aufmerksame Eltern dieselbe selten frühe.

Der Husten bleibt unbeachtet; Auskultation und Perkussion geben um so seltener ein genügendes Resultat, als die Tuberkeln sich nicht, wie sonst bei Erwachsenen, auf die Lungenspitzen konzentriren, sondern über Pleura, Lungensubstanz weithin zerstreut, und häufig auch nur die Bronchialdrüsen tuberkulös entartet gefunden werden.

Ich habe in meinem Tagebuche einen Fall verzeichnet, wo das Stadium der Vorboten am 20. Mai 1842 begann, und von den aufmerksamen Eltern genau beachtet wurde. Das Uebel trat hierauf sukzessive und so schleichend ein, dass am 8. Juli erst der 4½jährige Knabe unter den offenbaren Symptomen eines akuten Hydrokephalus

endète. In diesem Falle trat der **Kopfschmerz** erst 10 Tage vor dem **Tode** ein, wohl aber bestanden schon frühe Leibschmerzen im Oberbauch, träumerischer Schlaf, Angstgeschrei im Schlafe: „Ach Gott Mama!" Unruhe, Verdriesslichkeit, Hüsteln, Appetit nach eigenthümlichen Speisen, Verstopfung, Abmagerung am Körper, nicht im Gesichte, blaue Ringe um die Augen.

Oft wird man erst gerufen, wenn das *Stadium prodromorum* schon lange besteht und der kleine Kranke durch die Nachgiebigkeit der Eltern unpassende Speisen erhalten hat, worauf erst ein markirteres Unwohlsein in Szene tritt. So wurde ich noch neulich zu einem 4jährigen Mädchen gerufen, das unter allen Zeichen einer *Febris gastric. saburral.* mit Kongestivzustand nach dem Kopfe ernstlich erkrankt war; es hatte am Tage vorher Kirschen und weichen Käse gegessen. Als ich aber genauer examinirte, ergab es sich, dass das Kind schon seit 8 Wochen an den Vorboten eines akuten Hydrokephalus gelitten, dass erst nach dem Diätfehler ein bestimmteres Erkranktsein die Eltern zur Konsultation des Arztes veranlasste. Unterlässt man hier ein genaueres Krankenexamen und begnügt sich mit der zuletzt eingewirkt habenden Schädlichkeit, so ist man sehr erstaunt, das Kind so rasch zu verlieren, und bei der Sektion nicht blos albuminösen Erguss und Tuberkeln in den Meningen, sondern auch Tuberkeln in den Lungen, der Pleura und den Bronchialdrüsen, so wie Anschwellung der Lymphgefässe und Drüsen des Unterleibs zu finden. Die Gelüste solcher Kinder nach besonderen Speisen rufen in vielen Fällen auffallend gastrische Symptome hervor, und nur ein genau angestelltes Krankenexamen kann uns vor Irrthümern in der Diagnose wahren. Hier ist nun auch der Fall, wo die *Aq. oxymuriat.* in Verbindung mit Kalomel und Blutegeln sich sehr nützlich erweisen wird.

Auffallend und irreführend sind zuweilen die Intermittens-ähnlichen atypischen Fieberanfälle. Solche beobachtete ich schon mehrmals; namentlich erinnere ich mich eines 7jährigen Knaben, der ausser an Abmagerung, Traurigkeit, unruhigem Schlafe, Schmerz in dem aufgetriebenen Unterleibe leidend, Anfällen unterworfen war, welche die grösste Aehnlichkeit mit Wechselfieber hatten. In einem Zeitraume von 24 Stunden wiederholte sich nämlich einige Zeit hindurch, paroxysmenweise, 3—4mal folgende Szene: Der Knabe lag, nach vorausgegangenem kurzen Froste, im Bette mit aufgeregtem Gesichte, beschleunigter kurzer Respiration, Hüsteln, und Angst verrathenden

Wesen, so dass die Mutter während des Anfalles das Bett des Patienten nicht verlassen durfte. Der Puls war beschleunigt, die Temperatur des Körpers erhöht, und der Urin hatte nach dem Anfalle ein glimmerähnliches Sediment. Ich fand mich mehrmals veranlasst, Chinin zu geben; allein der Erfolg war schlecht. Der Tod erfolgte in der 9ten Woche der Krankheit unter den Erscheinungen des Hydrokephalus, und die Sektion wies Tuberkeln in den Lungen und Bronchialdrüsen, wässerigen Erguss und tuberkulöse Meningitis nach. Viele Schriftsteller deuten einen solchen Intermittens-ähnlichen Paroxysmus bei dieser Krankheit an, namentlich auch Kopp. Sollte diese Erscheinung kein Analogon mit der Eiterresorption und mit den Anfällen bei heterogenen Stoffen in der Blutmasse bilden? Im letzten Stadium der tuberkulösen Phthise sind ähnliche Anfälle nicht selten, nur dass hier die Fröste schärfer hervortreten.

Von bestimmten Stadien lässt sich bei dieser Krankheit nicht reden. Der Uebergang des Stadiums der Vorboten zu dem der eiweissstoffigen Ablagerung ins Gehirn ist oft so schleichend und heimtükkisch, dass er der Beobachtung oft ganz entgeht, und wer daher am Krankenbette immer auf Kopfschmerz, besonders erhöhete Temperatur des Kopfes, Pulsiren der Karotiden, Gefässinjektion der Augenbindehaut u. s. w. warten wollte, würde oft eher vom Tode überrascht werden, als von Erscheinungen deutlicher Kongestivzustände nach dem Kopfe. Auch in der Leiche findet man zuweilen sehr geringe Spuren von Entzündung der Meningen, wodurch es erwiesen wird, dass Tuberkelablagerung und Wassererguss den Tod auch ohne Meningitis herbeiführen.

Bei weitem häufiger ist jedoch der Fall, den Rilliet beschreibt, wo die Kranken in Folge der *Meningitis tuberculosa* zu Grunde gehen. Die Entzündungssymptome treten dann auch im Leben mehr oder weniger entschieden hervor, je nach dem längeren oder kürzeren Verlauf des letzten Stadiums.

Soll ich nun schliesslich einige Worte über die Behandlung des akuten Hydrokephalus beifügen, so wüsste ich wenig Neues zu sagen. Wir können meistens von unseren Medikamenten nur dann etwas erwarten, wenn wir frühe gerufen werden, d. h. wenn das eigentliche Gehirnleiden noch gar nicht ausgebildet, sondern das *Stad. prodrom.* den aufmerksamen Beobachter auf die Wichtigkeit des bevorstehenden Uebels aufmerksam macht. Hier muss nun die spezifisch antiskrophulöse Behandlung eingeleitet werden, wobei es sich von selbst versteht,

dass auch hier schon auf Gehirnkongestion Rücksicht genommen werden muss. Gesunde Luft, Aufenthalt im Freien, zweckmässige Auswahl der Speisen und Getränke, und solche Mittel, welche das gesunkene Leben der Assimilation und Digestion heben und eine normale Säftebereitung zu bewirken im Stande sind. Hier wird man Salzbäder, das Goelissche Pulver, die milden Eisenpräparate, das *Extr. Fol. Jugland.* und in manchen Fällen das *Ol. Jecor. Aselli* anwenden. Ich lege bei Behandlung der Skrophulose lange nicht das Gewicht auf den Leberthran, wie er hier in der Praxis als eine Panazee mit oder ohne Erlaubniss des Arztes den Kindern gereicht wird, und ich habe schon an einem anderen Orte auf den Missbrauch desselben aufmerksam gemacht. Ich kann in Wahrheit versichern, dass ich von dem anhaltenden und konsequent fortgesetzten Gebrauch des Wallnussblätter-Extraktes viel erfreulichere Resultate erzielt habe, und ich stimme Stiebel ganz bei, wenn er seinen Gebrauch nur auf Knochenskropheln reduzirt wissen will, oder ihn bei der ärmeren Klasse als ein Surrogat für Fleischnahrung anwendet. Bei der Anwendung der Wallnussblätter hebt sich auffallend die Verdauung der Kleinen, der Appetit vermehrt sich, die Gesichtsfarbe nimmt zu, der pastöse Bauch verliert sich, und Ausschläge, die Folge einer kranken Blutmasse, als Auswurfsstoffe nach verschiedenen Theilen abgelagert, verschwinden. Im Stadium der Vorboten des Hydrokephalus wirken auch das Goelissche Pulver, die *Bacc. Laur., Pulv. Nuc. moschat. Rasur. Corn. Cervi* mit *Guajac.* und *Limat. Martis* oft wunderähnlich, und Goelis nennt es mit Recht das *Pulv. antihectico-scrophulos.* Tritt freilich das Stadium der hydrokephalischen Reizung ein, findet man überhaupt schon mehr Neigung zum Kongestivzustand nach dem Kopfe, dann wird man Blutegel appliziren, antiphlogistische Salze und vor allem Kalomel in grösseren und lange fortgesetzten Gaben reichen. Treten alle Zeichen vermehrter Turgeszenz nach dem Kopfe ein, dann habe ich in der letzten Zeit neben Blutentleerungen und Kalomel die *Aq. oxymuriat.* mit grossem Nutzen gegeben. Es ist dies der Fall, wo man neben Kalomel, kalten Umschlägen eine Solution von *Magnes. sulphur.* mit Nitrum bisher gerne gegeben hat. Häufig jedoch wird zu dieser Zeit schon Arznei und Pulver ausgebrochen, und dann hat mir die *Aq. oxymuriat.* wesentliche Dienste geleistet, und die Kranken erbrechen bei ihrem Gebrauche nicht mehr. Ueberhaupt ist das Chlor in der Kinderpraxis ein sehr angenehmes Mittel bei Zahnreiz, *Dentitio difficilis,* Erethismus des Gehirns, wo Antiphlogose oft

tödtlich wirken würde, bei dem sogenannten Reizfieber der Kinder, bei beginnenden gastro- und enteromalakischen Zuständen, und bei Diarrhoen aus dieser Quelle, bei spinaler Irritation und den davon abhängenden Reizzuständen, ist die *Aq. oxymur.* ein kühlendes, beruhigendes und herabstimmendes Mittel. In der Enteromalakie der Kleinen, ein Krankheitszustand, der häufiger vorkommt als angenommen wird, ist das Chlor durch Nichts zu ersetzen.

Vom Jodquecksilber habe ich im *Stad. exsudationis* keinen Nutzen gesehen, wohl aber sehr bedeutende kolikähnliche Darmschmerzen, was sich erklären lässt aus den korrodirenden Wirkungen, welche dieses Mittel auf die durch Kalomel und abführende Salze ihres Darmschleims beraubten Intestina ausübt. Auch vom Jodkali habe ich nicht den Nutzen gesehen, den Viele rühmen. Ueberhaupt habe ich keine Ursache, irgend einem Mittel einen wirklichen Nutzen in diesen Stadien zuzuschreiben, und die Erfolge, die man nach Anwendung verschiedener Medikamente, auch der kalten Begiessungen im *Stad. exsudationis* gesehen, beziehen sich meistens nur auf das Exsudat, welches in Folge des einfachen *Hydrocephalus inflammator.* gesetzt wurde.

Auch mit der Applikation grosser Vesikatore sei man vorsichtig. Man entschliesst sich gern, oft, wo der Zustand noch zwischen Irritation und Exsudation schwankt, mehrere Vesikatore zu appliziren, und hier vermehrt man oft die Reizung und fügt dem zarten Organismus einen neuen Reiz hinzu, der nicht selten den tödtlichen Ausgang beschleunigt.

Nur eine gehörig wirkende Fontanelle oder die Tart. emeticussalbe im *Stad. prodromor.* ist ein kräftiges Unterstützungsmittel, während im letzten Zeitraume selbst eine energische Anwendung dieser Salbe wenig Nutzen bringen wird.

Bemerkungen über eine *Arachnitis cerebro-spinalis epidemica*, welche unter den Kindern, vorzugsweise in den Arbeitshäusern und Hospitälern Irlands, herrschend gewesen, von Robert Mayne, Arzt am Arbeitshause des südlichen Schutzverbandes in Dublin und Lehrer an der medizinischen Schule des Richmond-Hospitals daselbst [1].

Die Krankheit, welche den Gegenstand dieser Abhandlung bildet, besteht wesentlich in einer akuten Entzündung der Hüllen des Gehirns und Rückenmarks, und aus den wahrgenommenen Erscheinungen ergiebt sich, dass die Arachnoidea der eigentliche Sitz dieser Entzündung zu sein scheint. Die Krankheit ist als Epidemie bis dahin in Irland nicht beobachtet worden; sie ist daselbst erst mit Anfange dieses Jahres aufgetreten und hat sich bis in den Juni hinein erstreckt. Ich kann hier mehrere Kollegen nennen, welche theils in verschiedenen Arbeitshäusern in Irland, theils in Hospitälern die Krankheit beobachtet haben. Obwohl, wie gesagt, in Irland als Epidemie wenig bekannt, ist diese Krankheit in den Jahren 1840, 1841 und 1842 in epidemischer Form beobachtet worden, und hat daselbst so ernstliche Folgen und so bedeutungsvolle Charaktere dargeboten, dass viele Berichte an die Akademie der Medizin zu Paris schnell nach einander abgesendet wurden. Eine Krankheit, die mehrere Jahre hinter einander in Frankreich die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gezogen hat, muss nunmehr, da sie in Irland besonders unter den Kindern sich gezeigt hat, auch unser Interesse in Anspruch nehmen.

Was die Pathologie der Krankheit betrifft, so scheint sie überall, wo sie vorgekommen, ganz auf dieselbe Weise sich gezeigt zu haben; die serösen Hüllen des Gehirns und Rückenmarks erschienen immer als der Sitz einer ausgedehnten Entzündung, und, was sonst in den gewöhnlichen Formen der Arachnitis nicht zu sein pflegt, die Spinal-Arachnoidea zeigte sich immer weit heftiger affizirt als die Cerebral-Arachnoidea. In den von mir untersuchten Leichen fand ich in der Kopfhaut und der Duramater nur sehr wenig Gefässentwickelung; die Piamater, welche die Hemisphären des Gehirns bedeckte, hatte alle Zeichen der Kongestion und die zu den verschiedenen Sinus laufenden Venen erschienen besonders strotzend und voll. Die freie Fläche der Schädel-Arachnoidea fühlte sich trocken und klebrig an, und hatte an verschiedenen Stellen, besonders an der Basis des Gehirns, ihre

1) Aus dem *Dublin Quarterly Journal*.

Durchsichtigkeit verloren, aber in der Höhle der Arachnoidea fand sich weder Lymphe noch eine andere entzündliche Ergiessung, dagegen fand sich eine gelbliche oder grünliche Lymphe auf der Oberfläche des Gehirns unter der serösen Haut; man sah sie sparsam auf der oberen Fläche der Hemisphären und hier auch nur längs der Furchen; an der Basis des Gehirns jedoch fand sie sich in grösseren Mengen, besonders in dem dem *Annulus Willisii* entsprechenden Raume, wo mehrere Gehirnnerven in ihren Wurzeln in der Lymphe gleichsam eingebettet waren. In dem Wirbelkanale erschien der Raum unterhalb der Arachnoidea mit einem ähnlichen Exsudate ausgefüllt; dieses war in hinreichender Menge vorhanden, um den Rückenmarksstrang vollkommen einzuhüllen; es erstreckte sich niederwärts bis zum untersten Ende der *Cauda equina* und umgab jeden Rückenmarksnerven an seinem Ursprunge; aber wie in der Schädelhöhle, so auch im Wirbelkanale enthielt die Höhle der Arachnoidea kein krankhaftes Sekret. Die Substanz des Gehirns und Rückenmarks erschien durchaus frei von Krankheit; es fand sich weder Gefässentwickelung noch Verhärtung, noch anscheinende Erweichung; auch zeigten die Gehirnhöhlen durchaus keine Spur von Entzündung. So war es genau in den von mir untersuchten Fällen, in den jedoch von Anderen beobachteten und mir berichteten Fällen soll Gehirn und Rückenmark gelegentlich ergriffen gewesen sein; in einigen Fällen enthielten die Gehirnhöhlen entzündliche Ergiessungen, und die Choreoidplexus erschienen ungewöhnlich gefässreich; in anderen Fällen befand sich eine grössere oder geringere Portion des Rückenmarks in einem Zustande von Erweichung. In einigen Fällen fand man eine serös-eitrige Ergiessung an der Basis des Gehirns und in der *Theca vertebralis;* aber in allen Fällen, wie sie auch Abweichungen darbieten mochten, war die eigentlich ergriffene Parthie die seröse Membran, während die Gehirn- oder Marksubstanz selten ergriffen war, und wenn sie wirklich ergriffen sich zeigte, so war es nur eine zufällige Komplikation und vielleicht nichts weiter als eine Folge der Ueberpflanzung der Entzündung von den Hüllen auf die eingehüllte Substanz.

Wir haben schon daran erinnert, dass in Irland eine ganz andere Klasse von Menschen und auch ein ganz anderes Alter derselben als in Frankreich von der Krankheit befallen worden. In Irland wurden, so viel ich ermitteln konnte, Knaben unter 12 Jahren alt nur mit wenigen Ausnahmen die Opfer dieser Krankheit; die sieben von Dr. Dearby erzählten Fälle betrafen alle Knaben, von denen nur einer

älter als 12 Jahre war; in Belfast waren 10 Fälle annotirt, welche alle bei Knaben von 7 — 12 Jahren vorkamen, und auch in den von mir beobachteten Fällen waren es nur Knaben dieses Alters, die von der Krankheit ergriffen worden, und es ist ein sonderbarer Umstand, dass in Frankreich weniger die Knaben als vielmehr die jungen Konskribirten, welche ihre Regimenter eben erreicht hatten, von der Krankheit befallen und hingerafft wurden; die Krankheit zeigte sich besonders tödtlich in Versailles, Lyon, Metz, Strasburg, Avignon, Nancy und Poitiers. Merkwürdig war auch, dass, nur mit äusserst wenigen Ausnahmen, das weibliche Geschlecht sowohl in Frankreich wie in Irland von der Krankheit verschont blieb; wir wissen nur zwei Fällen, von einem Mädchen von 17 Jahren und von einer Frau von 36 Jahren, die davon ergriffen wurden.

Wir kommen jetzt zu den Symptomen der Krankheit. Die Erscheinungen, womit diese begann, hatten einen sehr furchtbaren Charakter, und traten meistens durchaus plötzlich und unerwartet ein; in den meisten Fällen war der Kranke bis zu dem Auftreten der bald zu schildernden, ergreifenden Symptome in der besten Gesundheit, und fühlte nichts, das als Vorbote oder ihm als Warnung dienen konnte. In vier Fällen im Arbeitshause hatten die Knaben mit gutem Appetite das Mahl zu sich genommen und sich mit guter Gesundheit zu Bette gelegt, als die Krankheit mit einem Mal hervorbrach. In vielen Fällen begann sie mit heftigem Leibschmerz, worauf sogleich ein Erbrechen und nicht selten Purgiren erfolgte. In den übelsten Fällen waren diese Symptome mit auffallendem Kollapsus begleitet; dabei die Gliedmaassen kalt und bläulich, der Puls fadenförmig, bisweilen kaum fühlbar, so dass die Kranken um diese Zeit das Bild der wahren Cholera darboten. Nach wenigen Stunden aber folgte eine mehr oder weniger vollständige Reaktion; dann zeigte das Muskelsystem Erscheinungen, welche gewissermaassen für pathognomonisch gelten können. Die Muskeln der Gliedmaassen nämlich, und besonders die des Halses, werden merkwürdig starr, der Kopf ist rückwärts auf die Wirbelsäule gezogen und in dieser eigenthümlichen Stellung fixirt, so dass keine Anstrengung des Kranken oder der Umgebung, wenn nur gewöhnliche Gewalt angewendet wird, den Kopf nach vorn beugen kann. Um diese Zeit bekommt das Antlitz einen meist tetanischen Ausdruck; bisweilen folgen kleine Zuckungen der Gesichtsmuskeln; der Kranke verliert im grossen Maasse die Kraft, seine Glieder zu bewegen, so dass er vollkommen ausser Stande wird, sich aufrecht zu erhalten; die Haut

wird heiss, der Puls voll und häufig (120 — 140); der Magen bleibt oft reizbar, während ein unstillbarer Durst den Leidenden quält, und das Epigastrium sich empfindlich beim Drucke zeigt. Symptome von noch mehr beängstigender Art folgen nun sehr schnell; der Kranke wird nämlich nicht selten von allgemeinen Krämpfen furchtbarer Art befallen, die so gewaltig und heftig sind, dass er gehalten werden muss, damit er sich nicht verletze, oder der Kranke kann sich in einem halb komatösen Zustande befinden, in welchem er beständig murrt, stöhnt und mit den Zähnen knirscht, oder auch unaufhörlich kreischt. Gegen das Ende seiner Leiden verfällt er gewöhnlich in vollständiges Koma, der Puls wird langsam und schwierig, es fehlen die Kräfte zu sprechen und zu schlucken, die Darmausleerungen erfolgen unwillkürlich, und der Tod beendigt die Szene. Alles dieses kann in einer überraschend kurzen Zeitdauer vor sich gehen. Einige Kranke machten diese ganze Reihenfolge von Symptomen in 48 Stunden durch; bei den meisten endigte die Krankheit erst gegen den 4ten Tag, während sie bei einigen wenigen sich 14 Tage oder 3 Wochen hinschleppte. Dagegen sind einige Fälle aufnotirt worden, in denen die Krankheit in 15 Stunden ihr Spiel vollendet hatte. Es muss bei dieser Gelegenheit bemerkt werden, dass, wenn auch in einigen Fällen Symptome wahrgenommen worden, welche die Affektion der Arachnoidea innerhalb des Schädels und das vorhandene Exsudat daselbst sehr deutlich darthaten, z. B. ein mehr oder weniger heftiger Kopfschmerz, Hitze der Kopfhaut, Kongestion der Bindehaut, Strabismus, Photophobie u. s. w., so ist doch in vielen Fällen nicht eher eine deutliche Hinweisung auf die Krankheit innerhalb des Kopfes eingetreten, als bis der schwierig arbeitende Puls, die erweiterte, gegen das Licht unempfindliche Pupille, das tiefe Koma oder der heftige Krampf zu deutlich darthaten, dass der Todeskampf vom Gehirn ausgehend in vollem Auzuge sei. In einigen Fällen ist eine sehr erhöhte Empfindlichkeit der äusseren Haut beobachtet worden, so dass die Kranken bei der geringsten Berührung zusammenfuhren, aufschrieen oder zuckten, oder nicht die geringste Bewegung im Bette vornahmen, weil sie dabei sogleich heftige Schmerzen empfanden. Bei weitem häufiger jedoch wurde eine verminderte Empfindlichkeit der Haut, ja ein gewisser Stupor derselben wahrgenommen, welches gewöhnlich auf einen sehr üblen Ausgang hindeutete. Mehr als einmal habe ich Gegelegenheit gehabt, ein unregelmässiges und schwieriges Athmen als ein Hauptsymptom anzumerken, und da stethoskopische Zeichen von organischen Brustleiden

nicht vorhanden waren, so war das schwierige Athmen an sich eine sehr bedeutungsvolle Erscheinung. Obwohl ferner die sehr grosse Empfindlichkeit der Magengegend mit der grossen Reizbarkeit des Magens und dem im Anfange nicht selten eintretenden Erbrechen eine Affektion dieses Organs mit grosser Wahrscheinlichkeit andeutete, so habe ich doch niemals die Unterleibsorgane eigentlich krank gefunden, und auch in zwei Fällen, in welchen die genannten Symptome ganz besonders auffallend waren, fand ich den Magen und die übrigen Baucheingeweide vollkommen gesund.

Die Tödtlichkeit der Krankheit, wie sie in Irland sich darstellte, ist sehr bedeutend gewesen, obwohl von verschiedenen Aerzten eine sehr verschiedene Behandlung versucht worden. Ein so erschreckendes Resultat wird diejenigen nicht überraschen, welche die Furchtbarkeit im Leichenbefund erkannt haben. Wenn die irländischen Aerzte gegen sie wenig ausgerichtet haben, so ist es den Aerzten in Frankreich nicht besser gegangen; in Avignon verlor Hr. Chauffard von 30 Kranken, die er zu behandeln hatte, 29, und nach der statistischen Berechnung, die sich auf alle in Frankreich vorgekommenen Fälle bezieht, betrug die Sterblichkeit nicht weniger als 80 pCt.

Welche Behandlung ist in solchen Fällen einzuschlagen? Von welchem Verfahren kann man sich noch am meisten versprechen? Es ist sehr zu fürchten, dass, wenn gleich von Anfang an Zeichen von bedeutendem Kollapsus vorhanden sind, alle die Hülfsquellen unserer Kunst unzulänglich sein werden. Die schnelle Anwendung der mächtigsten Reizmittel auf die Hautfläche, besonders Senf und Terpenthin, unterstützt durch Hitze und Reibung und direkt auf die Wirbelsäule und die Gliedmaassen angewendet, scheint Einiges zu versprechen. Flüchtige Reizmittel müssten, meiner Ansicht nach, so sparsam als möglich angewendet werden, weil, sobald die Reaktion eintritt, die Entzündung und das Fieber dadurch nur noch mehr gesteigert werden. Das Hauptmittel bleibt immer örtliche und allgemeine Blutentziehung, die wir mit aller Energie anwenden müssen, sobald sie nur ertragen werden können, ferner die Anwendung des Merkurs, sowohl innerlich als äusserlich, obwohl auch diese energische Behandlung meist nicht auszureichen vermag. In einem Falle wurde einige Stunden nach dem Eintritte des Leidens von mir selber die Jugularvene geöffnet und Blut in vollem Strome so lange gelassen, als die Kräfte des Knaben es zugaben. Hierauf folgten bald hinter einander mehrmals Blutegel auf die Schläfen und die Zitzenfortsätze. Zu gleicher Zeit wurde Merkur sehr

kräftig gereicht, und auf den Kopf und längs der Wirbelsäule wurden Blasenpflaster gelegt, und die wundgezogenen Stellen mit Merkurialsalbe verbunden. Nichts jedoch half; der Kranke starb an Konvulsionen am 4ten Tage. In anderen Fällen, die mir vorgekommen sind, sind dieselben Mittel angewendet worden, jedoch mit besserem Erfolge. Demnach scheint diese antiphlogistische Methode diejenige zu sein, die noch am meisten Erfolg gewährt. In Frankreich hat in Bezug auf die Behandlung die grösste Verschiedenheit in derselben geherrscht. Blutentziehungen bis zum höchsten Grade haben ihre Vertheidiger gehabt, haben sich aber ohne Beihülfe anderer Mittel erfolglos erwiesen. Das Revulsivverfahren mit Entziehung verbunden, wofür Hr. Rollet sich ausgesprochen, war nicht ganz ohne Erfolg geblieben. Sein Verfahren bestand darin, auf die Gruben der Wirbel ein Glüheisen zu setzen, und etwa 8 Brandwunden im dritten Grade auf jede Seite der Wirbelsäule zu setzen. Es soll dieses, wie gesagt, einigen Erfolg gehabt haben, aber es scheint, dass auch noch auf eine andere Weise ein eben so sparsamer Erfolg zu erzielen ist. — Aus der Idee, dass die *Arachnitis cerebro-spinalis*, wie sie in Bordeaux sich einstellte, in Miasmen entsprungen sei, und weil es schien, dass die Krankheit dort einen intermittirenden Typus angenommen, wurde von Hrn. Gassaud das schwefelsaure Chinin vielfach angewendet. Wir wissen freilich nicht, mit welchem Erfolge; aber wir gestehen, dass wir nach dem, was wir beobachtet haben, durchaus keine Indikation zur Anwendung des Chinins finden. Eben so ist auf dem Kontinent auch Opium angewendet worden, aber aus welchem Grunde wissen wir in der That noch viel weniger zu sagen, da es uns, zumal in dem kindlichen Alter, in dem wir die Krankheit zu behandeln hatten, wirklich kontraindizirt zu sein schien. Es scheint mir, dass hier, wie in vielen anderen Fällen, unsere französischen Kollegen die wohlthätige Wirkung des Merkurs übersehen, dessen wir uns in England mit Erfolg zu bedienen wissen.

Was den Ursprung der hier in Rede stehenden Krankheit betrifft, so liegt er noch sehr im Dunkeln; wir sind uns dessen nicht klar, so viel auch darüber gesagt worden. Wenn in Frankreich die Krankheit unter den Konskribirten durch Anstrengung, Heimweh, veränderte Nahrung und schlechte Ventilation der Baracken hervorgerufen worden, so müsste sie seit undenklichen Zeiten in der französischen Armee heimisch sein, weil dieselben Einflüsse immer obgewaltet haben. Die Vorgänge in Irland machen die Frage noch weniger klar; denn es

ist nicht begreiflich, weshalb nur Knaben befallen wurden, die Mädchen aber in denselben Arbeitshäusern frei blieben. Wir wollen nur noch bemerken, dass einige französische Aerzte, welche bei einigen Kranken Würmer abgehen sahen, diesen alle Schuld beimassen; wir bemerken dies nur beiläufig, weil wir durchaus kein Gewicht darauf legen; wir halten die Krankheit für eine Epidemie, und zwar für eine Epidemie aus uns noch unbekannten Ursachen.

II. Analysen und Kritiken.

Ueber die Vakzination und über deren Erfolg und Schutzkraft.

(Beiträge zur richtigen Beurtheilung und erfolgreichen Impfung der Kuhpocken, von Dr. Mich. Reiter, Königl. Baier. Zentralimpfarzte in München. München 1846, 8. 208 Seiten.)

„Im Gebiete der Kuhpockenimpfung", sagt der Verf. in seinem Vorworte, „giebt es noch viele Erscheinungen, die verschieden beurtheilt werden, und viele, welche noch gänzlich unbekannt sind. Ich glaube es meiner Stellung schuldig zu sein, zur richtigen Beurtheilung und bestmöglichsten Aufklärung in dieser für die Menschheit so wichtigen Angelegenheit nach Kräften beitragen zu sollen, und lege deshalb meine Erfahrungen, die sich auf Studien, eigene Beobachtungen und Versuche gründen, in diesen Beiträgen nieder." Dieser einfache und klare Eingang, so wie die anerkannte Würdigkeit des Hrn. Verf. nimmt uns sehr für das vorliegende Werk ein; wir sind überzeugt, dass wir etwas Gutes zu erwarten haben, und wir werden sicherlich nicht anstehen, „für etwaige Irrungen, die bei so schwierigen Untersuchungen beinahe unvermeidlich sind," alle Nachsicht zu haben, die Jeder haben muss, der da weiss, wie schwer es ist, in unserer Wissenschaft etwas zu leisten, das Allen genügt. Um dem Leser gleich eine Einsicht in den Inhalt des Buches zu gewähren, bemerken wir, dass dasselbe in 7 Abschnitte zerfällt, die folgende Ueberschriften haben: I. die Menschenblattern befallen einige Menschen öfter als einmal; II. Ursache, worauf dieses zweimalige Befallen beruht; III. lokale Menschenblattern; IV. Entdeckung des Schutzes der Kuhpocken gegen

die Menschenblattern; V. die Kuhpocken schützen nicht alle Menschen gegen die Menschenblattern; VI. Ursachen, worauf dieser mangelhafte Schutz der Kuhpocken beruht, und VII. nothwendige Vorsichtsmaassregeln bei Vornahme der Kuhpockenimpfung.

I. Die eigentliche Kernfrage, an die sich alle übrigen anhängen, bleibt stets die, ob die gewöhnliche Kuhpockenimpfung für immer gegen die Menschenblattern schütze, oder nur auf einige Zeit? Es haben sich die Aerzte hierüber in zwei Lager getheilt, wovon das eine, eine kleinere Zahl umfassend, die lebenslängliche Dauer des Schutzes der Kuhpockenimpfung vertheidigt, das andere Lager aber sich nur für eine zeitweilige Dauer dieses Schutzes ausspricht. Letzteres Lager zerfällt in mehrere Partheien, je nach der Zahl von Jahren, die sie als die höchste Zeitdauer des Schutzes im Allgemeinen betrachten. Es scheint, dass, da nach beiden Seiten hin Beweise in Unmasse aufgethürmt worden sind, auf beiden Seiten auch gewissermaassen das Recht ist, d. h., dass die Kuhpockenimpfung sowohl im Stande ist, einen lebenslänglichen Schutz zu gewähren, als sie in der That vielen Anderen diesen Schutz nicht zu leisten vermag. Gelingt es, wie der Verf. in diesem Buche zur Absicht hat, alle Ursachen aufzufinden, warum die Kuhpockenimpfung bald lebenslänglichen und vollständigen, bald nur zeitweiligen und unvollständigen Schutz gegen die Menschenblattern gewährt, so ist die ganze Sache bald abgethan, und wir wissen dann, woran wir uns zu halten haben. Um die Schutzkraft irgend einer Potenz richtig beurtheilen zu können, muss man den Feind oder das Uebel ganz genau kennen, wogegen der Schutz eintreten soll. Was die Menschenblattern betrifft, so wissen wir aber, dass trotz der ungeheuren Arbeiten, welche über diese Krankheit uns vorangegangen sind, noch gar Vieles zur vollkommenen Kenntniss und Einsicht nicht nur in das Wesen, sondern auch in den Verlauf der Variole und aller ihrer Abweichungen uns mangelt.

1) Befallen die ächten Menschenblattern einen und denselben Menschen immer nur einmal, oder auch wohl zweimal? Diese Frage bekam erst grosse Wichtigkeit, als 1721 die Inokulation der Variole sich bei uns einzuführen begann. Sehr berühmte, einer reichen Erfahrung sich erfreuende Aerzte, wie Werlhoff, v. Swieten, du Moulen, Chirac, Rechberger, Archer, Tralles, Mead, Haller, Vernage, Watson, Heberden, Rosenstein, Tronchin, Monro, C. L. Hoffmann und viele Andere sagen, dass sie nie einen Menschen gesehen haben, der zum zweiten Male von den ächten Pocken

befallen worden. Dagegen behaupten de Haen, Diemerbroek, Ettmüller, Violante, Burserius, Fernelius, Ploucquet, Bousquet, Smyth, Hennen, Golfin, Thomson und viele Andere älterer und neuerer Zeit, die Pocken öfter als einmal an denselben Menschen beobachtet zu haben.

2) Wenn Rückfälle eintreten, in welchem Verhältniss stehen sie zum ersten Anfalle? Es ergiebt sich aus den vom Verf. angestellten Untersuchungen, dass, wenn auch Fälle aufgezeichnet sind, in denen die Blattern zweimal sehr heftig oder zweimal sehr leicht sich folgten, sich aus der Mehrzahl der Beobachtungen doch als allgemeine Regel herausgestellt hat, dass auf leichte vorhergegangene Blattern bei einem Rückfalle heftigere, und auf heftige vorhergegangene Blattern leichtere folgen. Nach dieser Erfahrung wird offenbar diejenige nicht überraschen, welche ergiebt, dass auch die Inokulation der ächten Variole nicht vollkommen schützt, sondern, dass nach ihr wie nach der zufälligen Ansteckung noch zum zweiten Male die Pocken eintreten können. Es werden vom Verf. sehr viele Autoren angeführt, welche diese Rückfälle nach der Variol-Inokulation aufnotirt haben.

3) Der Zeitraum, innerhalb dessen die Blattern zum zweiten Male befallen, ist sowohl nach der zufälligen als der absichtlichen Ansteckung sehr verschieden; Thomson beobachtete die Rückfälle innerhalb 10 Wochen, aber auch innerhalb 30 Jahren.

So viel über die widerstreitenden Meinungen. Da nun, wie schon gesagt, Autoritäten den Autoritäten gegenüber stehen, so ist die Frage, auf welche Weise hier eine Einigung zu finden sei. Wir werden sehen, dass der Hr. Verf. den ganz richtigen Weg einschlägt, diese Einigung zu finden, dass er aber doch in einen Widerspruch sich verfängt.

„Nimmt man", sagt er, „auf die Aussage der obengenannten berühmten, in langjähriger Praxis vielbeschäftigten Aerzte Rücksicht, welche Aussage mit Bestimmtheit dahin geht, dass der Mensch, gleichviel, ob er auf dem natürlichen oder künstlichen Wege angesteckt wird, nur einmal in seinem Leben von den Menschenblattern befallen werden kann, und hält derselben die Aussage ebenfalls berühmter und erfahrener Aerzte, welche das Gegentheil behaupten, so wie die oben angeführten Beispiele von Blatterrückfällen entgegen, so ist man nothwendig (?) zur Annahme gezwungen (?), dass es eine den Menschenblattern mehr oder weniger ähnliche Ausschlagskrankheit geben müsse (?), mit welcher die wirklichen Blattern von einigen Aerzten verwechselt werden. Dieses ist auch wirklich der Fall. Diese Ausschlagskrankheit sind die unächten, falschen Blattern (Varizellen). Ausser den ächten Menschenblattern nämlich giebt es noch eine andere, den Menschen-

blattern ähnliche Ausschlagskrankheit, welche man falsche Blattern, Schaafblattern, heisst. Vidus Vidius hat im 16ten Jahrhundert zuerst auf sie aufmerksam gemacht, und sie von den ächten Menschenblattern, denen sie bis zu jener Zeit gleichgeachtet wurden, geschieden. Sauvages führt sie in seinem Systeme als eine Spezies des Genus Variola unter dem Namen *Variola lymphatica* auf. Diese sogenannten unächten Blattern unterscheiden sich im Allgemeinen durch einen leichten, unordentlichen (?), kurzen Verlauf von den ächten. Von den unächten Blattern wurde allgemein angenommen, dass sie denselben Menschen vor und nach den ächten Menschenblattern, ja sogar noch öfter befallen können. Nach jenen Aerzten nun, welche das nur einmalige Befallen der Menschenblattern behaupteten, mussten bei zweimaligen Blattern allezeit die früheren oder die späteren die falschen gewesen sein. Da bei zweimaligen Blattern gewöhnlich ein Anfall leichter zu sein pflegt, so wurde der leichtere Anfall allezeit für unächte Blattern erklärt."

Es ist dieses eine Behauptung, die zwar einige Wahrscheinlichkeit für sich hat, und allerdings dazu dienen würde, die verschiedenen Meinungen zu vereinigen, die aber sich durch nichts erweisen lässt. Zuvörderst giebt es kein bestimmtes, zuverlässiges Kennzeichen, um die ächten Pocken von den sogenannten unächten zu unterscheiden.

„Was die Kennzeichen betrifft", sagt der Verf. „die man zur Unterscheidung der ächten Blattern von den unächten annimmt, so sind es besonders die Leichtigkeit der Krankheit, die Schnelligkeit des Verlaufes, die Form der Blattern, der Mangel des Eiterungsfiebers und die Abwesenheit des eigenthümlichen Geruches, die man als solche anführt. Ich werde zeigen, dass sie sämmtlich unzulänglich sind."

Er erweist auch in der That, was übrigens längst anerkannt ist, dass weder die Intensität des Anfalles, noch die Gelindigkeit oder Heftigkeit des Fiebers, noch die Form der Blattern, noch ihr Geruch ein wirkliches unterscheidendes Merkmal darbieten. Es hängt eine Verschiedenheit in diesen Momenten weniger von einer verschiedenen Natur der Krankheit, als von der verschiedenen Intensität ab, womit das Pockengift in den Körper eingedrungen ist und daselbst gewirkt hat.

„Inokulirt man", sagt der Verf. „einen ungeschützten Menschen mit Erfolg, so bildet sich an der Stelle der Impfung eine Blatter, die am 8ten Tage nach der Impfung ein 2—3 Tage dauerndes Fieber erregt, und sich in der Umgegend noch mit mehreren kleinen Blätterchen und Bläschen umgiebt. Dieser Vorgang ist nothwendig, wenn die Inokulation eine schützende sein soll. Diese Erscheinungen sind aber auch schon hinreichend, künftigen Schutz zu gewähren, wie sich Dimsdale nebst mehreren berühmten Inokulatoren ausspricht, der beobachtete, dass unter 10 Inokulirten häufig einer ist, welcher, obgleich er ausser diesen örtlichen Blattern und dem ersten Fieber weder einen Ausbruch über den Körper, noch andere krankhafte Zufälle bekommt, doch gegen künftige Menschenblattern geschützt ist. Folgt auf das Fieber ein allgemeiner Ausbruch, so besteht er häufig auch nur in

Bläschen, wie ich dies selber öfter beobachtet habe, hat weder das Ansehen der ächten Blattern, noch geht er in Eiterung über, kann mithin auch kein Eiterungsfieber und auch keinen Geruch verursachen und keine Narben hinterlassen. Dieser allgemeine Ausschlag ist aber doch rein variolöser Natur, und ein Arzt würde sich sehr irren, wenn er ihn deshalb, weil er nicht in Eiterung übergeht, kein Eiterungsfieber und keinen Geruch verursacht, zu den falschen Blattern zählen würde."

Gelangt nun das Variolgift nicht durch eine Wunde in die Säftemasse, sondern zufällig durch die Athmung oder die Verdauungswege in den Körper, so lässt sich erwarten, dass die Wirkungen bisweilen noch undeutlicher hervortreten werden, und dass eben so, wie zur Zeit von Blatterepidemieen, eine *Febris variolosa sine variolis* vorkommen kann, so auch *Variolae sine febre*. Man hat daher, wie der Verf. ganz richtig sagt, sich vorzugsweise darin geirrt, dass man alle die Fälle, welche besonders leicht erschienen, namentlich wenn sie zum zweiten Male eintraten, für falsche Pocken erklärte. Der Verf. zitirt mehrere Autoren, woraus sich dies noch deutlicher ergiebt. Direkte Untersuchungen, ob aus ächten Pocken in Folge verschiedener Einflüsse unächte entstehen können, und umgekehrt, sind nicht angestellt worden, und wir müssen uns sehr wundern, dass der Verf. hierauf ein so grosses Gewicht legt, da er selbst eingesteht, dass die Kriterien nicht zu finden sind, woran man die ächten von den sogenannten unächten Pocken unterscheiden kann. Die Frage, ob die Varizellen aus der Variole entspringen, oder aus ihr erzeugt werden können, oder umgekehrt, ob die Varizellen unter Umständen zur Variole werden können, ist allerdings eine Frage, die noch der Lösung bedarf, aber noch weit mehr bedarf es der Lösung, wie die leichtern Fälle von Variole, wenn gerade zufällig Varizellen herrschen, von diesen unterschieden werden können. Erweist sich, dass die Varizelle unter Umständen zur Variole sich steigern und dass die letztere wieder zur Varizelle sich mildern könne, so sind beide Krankheiten identisch und nur dem Grade nach verschieden, und es muss dann streng genommen der Unterschied zwischen ächten und unächten Pocken wegfallen. Der Verf. verfällt also offenbar in einen Widerspruch mit sich selber, wenn er nach solcher Beweisführung, und nach dem Eingeständnisse, dass sich in der Erscheinung die ächten Pocken von den unächten nicht streng unterscheiden lassen, dennoch immer von ächten und unächten Pocken spricht. Zuvörderst nämlich thut er dar, und zwar durch Anführung verschiedener Autoritäten, dass aus ächten Menschenblattern, mögen

dieselben absichtlich durch Impfung übertragen worden sein, unter dem Einflusse verschiedener feindlicher Agentien falsche Blattern sich hervorbilden können; dass aber auch aus falschen Blattern wieder ächte entstehen können, haben die Erfahrungen von Dreier in Havelberg, Bond und Hufeland erwiesen, und auch der Verf. hat direkte Untersuchungen hierüber angestellt.

„Um in dieser Beziehung", sagt er, „eine Aufklärung herbeizuführen, stellte ich zwei Versuche mit sogenannten unächten Blattern an, die beide an Menschen vorkamen, welche die ächten Menschenblattern schon vor langer Zeit überstanden hatten."

„In München, so wie in einem grossen Theile von Baiern, kamen in der zweiten Hälfte des Jahres 1840 und im Jahre 1841 häufige Blatterfälle vor. Ich beobachtete an einer 52 Jahre alten Frau, welche die ächten Menschenblattern nach ihrem narbigen Gesicht und ihrer Aussage gewiss überstanden hatte, und die ein an ächten Menschenblattern leidendes Kind wartete, beiläufig 14 Tage nach dem Anfange der Krankheit des Kindes nach vorhergegangenen zweitägigen Erscheinungen, die einen Blatterausbruch befürchten liessen, eine einzige Pocke an der Stirn, in der Gegend der Nasenwurzel. Die Pocke entwickelte sich ziemlich vollkommen, nur behielt sie mehr die Gestalt der Warzenpocken bei. Nach der Entwickelung derselben fühlte sich die Frau wieder vollkommen wohl. Von dieser Pocke nahm ich etwas Stoff, und verimpfte ihn auf ein ungeimpftes Kind. Die Impfung hatte aber keinen Erfolg."

„Ende Februar 1841 beobachtete ich bei einer 43jährigen Frau nach vorhergegangenem Unwohlsein von einigen Tagen an den Händen und Vorderarmen einen frieselförmigen, rothen Ausschlag, und einen Tag später eine warzenähnliche Blatter an der Stirn und ganz wenige Bläschen an den übrigen Theilen des Körpers, nach deren Entwickelung sich die Frau wieder vollkommen wohl fühlte. Der frieselförmige Ausschlag an Händen und Vorderarmen verschwand bald, ohne eine andere Gestalt anzunehmen. Die Blatter an der Stirn trocknete später ein, und bedeckte sich, wie die Bläschen am übrigen Körper, deren Inhalt sich bald nach ihrem Entstehen trübte, mit einem ganz kleinen Schorfe, ohne sich vorher mit einem rothen Hofe zu umgeben. Die Frau hatte als Kind von 8 Jahren die ächten Menschenblattern überstanden, und zeigt noch gegenwärtig Narben an der Stirn. Auch wurde sie später mit Erfolg vakzinirt. Sie hatte sich dieses Mal der Ansteckung ächter Menschenblattern ausgesetzt. Sämmtliche Bläschen waren rund, zugespitzt und entleerten die geringe Menge trüblichen Inhalts auf einmal, wenn man sie öffnete. Der Umkreis war weder geröthet, noch geschwollen. Kein Arzt würde sich getraut haben, den Ausschlag dieser Frau für ächte Menschenblattern zu erklären. Ich nahm etwas Lymphe von einem Bläschen, das am Schenkel sass, und verimpfte sie auf ein ungeimpftes Kind, das ächte Menschenblattern bekam, zum Beweise, dass diese zweiten, unter den leichtesten Erscheinungen verlaufenden Blattern der Frau wirklich variolöser Natur waren, und dass sie sich bei derselben nur wegen Mangels der gehörigen Anlage nicht zu einem höheren Grade entwickelten, den sie

jedoch bei der gehörigen Anlage des noch ungeschützten Kindes gleich wieder annahmen."

„Es dürften diesemnach wohl manche zweite Blattern, die man für unächt hielt, ächte gewesen sein. Da man jedoch früher den einzig sicheren Weg, die Inokulation, zur Ermittelung, ob zweite Blattern ächte oder unächte seien, nicht eingeschlagen hat, und es einen anderen nicht giebt, so mussten alle gelinden zweiten Blatterfälle zweifelhaft sein, und konnten von denjenigen, die nur ein einmaliges Befallen der ächten Menschenblattern annahmen, irrthümlich für falsche Blattern erklärt werden."

„Durch den gelungenen, so eben angeführten Impfversuch glaube ich mich jedenfalls zur Annahme berechtigt, dass zweiten Blattern die variolöse Natur nicht abgesprochen werden kann, wenn sie auch noch so leicht verlaufen. Selbst wenn sie sich nicht mit Erfolg verimpfen lassen, darf man den leichten, blatternähnlichen Ausschlägen älterer Leute nach überstandenen Menschenblattern die variolöse Natur nicht geradezu absprechen, weil, wie ich später zeigen werde, die menschenblatterartigen Ausschläge sowohl als die Kuhpocken das Eigene haben, dass ihr Ansteckungsstoff sich um so unsicherer fortpflanzt, je mehr sie sich von der Blatterform entfernen; daher man auch von den zweiten Kuhpocken, wenn sie sich bei der Revakzination wegen Mangels an Empfänglichkeit nur zu Knötchen oder Bläschen entwickeln, nicht mehr mit Erfolg einimpfen kann. Man würde sich aber sehr irren, wenn man denselben deswegen in diesen niederen Entwickelungsstufen die ächt vakzinöse Natur absprechen würde."

„Ich glaube deshalb, dass man häufig im Irrthum war, wenn man bei zweimaligen Blattern den leichteren Anfall derselben geradezu für falsche Blattern erklärte. In den Fällen, in welchen leichte zweite Blattern bei älteren Leuten auf heftigere vorangegangene folgen, müssen, wie ich später zeigen werde, beide Blatteranfälle als ächt und die zweiten sohin als ein Rückfall erklärt werden."

„Ob der Ansteckungsstoff der wirklichen falschen Blattern auch einen anderen Ursprung als einen variolösen haben kann, oder nicht, wage ich nicht zu entscheiden, glaube mich aber jedenfalls zur Annahme berechtigt, dass derselbe öfters variolösen Ursprungs sein dürfte, da, wie ich nachgewiesen habe, der ächte Menschenblatterstoff durch fremdartige Einflüsse so geschwächt werden kann, dass er nur noch unächte Blattern hervorzubringen im Stande ist."

„Ob sich die wirklichen falschen Blattern unter günstigen Einflüssen auch wieder zu ächten Blattern zu entwickeln im Stande seien, oder nicht, darüber liegen keine entscheidenden Beobachtungen vor, indem die Impfversuche mit Varizellenstoff, wie ich später zeigen werde, nur negative Resultate ergeben."

Haben wir nun nicht Recht, wenn wir mit unseren Lesern verwundert fragen, wie der Verf. nach allem dem noch immer von unächten und ächten Pocken spricht? Er erkennt im Grunde keine Verschiedenheit zwischen beiden, denn die eine geht aus der anderen hervor, und doch wagt er es nicht auszusprechen, dass beide, Variole

und Varizellen, dem Wesen nach identisch sind und nur in der Intensität der Erscheinungen sich von einander unterscheiden, was aber nicht berechtigt, zwei Krankheiten daraus zu machen. Die Ansicht ist übrigens nicht neu; über *Variolae spuriae* ist schon von Rhazes, Guido, Sennert, Sydenham, v. Swieten, Cullen u. A. m. gesprochen worden, aber warum hat man sie *Variolae spuriae* genannt? Nicht deshalb, weil sie gelinder verliefen und weniger Narben hinterliessen, — denn das that die für ächt gehaltene Variole bisweilen auch, — sondern weil — sie nicht vor einem Pockenanfalle schützten. Man ging also von dem Dogma aus, dass die ächten Pocken nur einmal den Menschen befallen können; dieses Dogma nahm man als unzweifelhaft an, und man schloss, dass, wenn Jemand einen recht intensiven, bösen Anfall hatte, ein leichterer Anfall, der vorangegangen war oder der etwa nachfolgte, nicht mehr ächte, sondern nur falsche Variole sein könne. Dieses ist ganz allein die Stütze Derjenigen, die zwischen ächten Pocken und unächten unterscheiden, und wie morsch diese Stütze ist, hat der Verf. gezeigt. Warum sagt er, fragen wir wieder, nicht gerade heraus, er kenne keine falschen Pocken; alle Pocken seien ächt; nur werden sie bisweilen von gewissen Einflüssen modifizirt, gemildert; und es sei darum weniger von einer *Variola spuria*, als vielmehr von einer *Variola modificata, mitigata* — der *Variola vera* oder *non-modificata* gegenüber zu sprechen? Unrichtige Bezeichnungen geben zu falschen Begriffen und diese wieder zu Streitigkeiten Anlass.

II. Bei diesem Abschnitte, so wie bei den folgenden, können wir kürzer sein und uns auf ein Résumé beschränken. 1) Die durch zufällige Ansteckung entstehende Variole verläuft bei verschiedenen Menschen sehr verschieden, bisweilen sehr leicht und gutartig, bisweilen sehr bösartig. 2) Die Ursachen dieser Verschiedenheit sind noch nicht ganz aufgeklärt. 3) Kräftige oder schwache Körperkonstitution, Bösartigkeit oder Gutartigkeit und grössere oder geringere Menge des Ansteckungsstoffes, reizende oder schwächende Einflüsse und langwierige Hautkrankheiten sind die Ursachen, welche modifizirend auf die entstehenden Pocken und deren Heftigkeit einwirken. 4) Diese Momente und deren Einfluss wurden bei der Inokulation vorzüglich berücksichtigt, d. h. man zog die Körperbeschaffenheit des zu Inokulirenden vorzugsweise in Betracht, und suchte da, wo die Konstitution nicht günstig erschien, sie durch eine mehrwöchentliche Vorbehandlung, durch strenge Diät, umstimmende und abführende Mittel u. s. w. zu

der Inokulation vorzubereiten. 5) Diese Inokulation selber nahm man nur mit sehr wenigem Stoffe von gutartigen Blattern vor. 6) Man überzeugte sich, dass die Menge des eingeimpften Stoffes auch einigen Einfluss auf die Pocken habe, indem auf die Einimpfung einer grössern Menge Impfstoffs eine grössere Menge Blattern erfolgte, als wenn nur wenig Stoff eingeimpft wurde. 7) Während des Verlaufs der geimpften Blattern zeigte sich ein schwächendes Verfahren und kühlendes Verhalten insofern wohlthätig, als es das Ausbruchsfieber mässigte und die Blattern verminderte und gelinder machte, während im Gegentheile ein reizendes Verfahren und Ueberhitzung den Ausbruch des Fiebers steigerte, die Menge der Blattern vermehrte und auch heftiger machte. 8) Ein häufiges Abführen verminderte die Blattern, und wurde es zu häufig betrieben; unterdrückte es dieselben. 9) Umstimmende innere Mittel, als Spiessglanz, und namentlich Quecksilber, das sich beim äusserlichen Gebrauche im *Emplastrum de Vigo* als ein kräftiges blattervertreibendes Mittel noch jetzt bewährt, wurden als Mittel gepriesen, die Menge der Blattern zu vermindern. 10) Strenge Diät verminderte ebenfalls die Menge der geimpften Blattern, während eine nährende und reizende Kost sie steigert. 11) Wenn durch schwächende Einflüsse die Pocken an Zahl vermindert werden, so kommt es wohl, dass mit dem so geschwächten Pockenausbruche die stattgehabte Infektion nicht erschöpft ist, sondern dass bald darauf noch Pocken nachfolgen. Dieser Nachschub, den man Rezidivpocken nennt, und den man von einer zweiten Eruption unterscheiden muss, erfolgt immer noch innerhalb des Zeitraumes, welchen die Pockeninfektion oder die Inokulation zu ihrem völligen Verlaufe gebraucht, also eher als bei letzterer die Entzündung am Arme aufgehört hat und eine zweite Ansteckung möglich gewesen wäre. 12) Hieraus ergiebt sich aber die Pflicht, die Variole nicht so leicht verlaufen zu machen, weil es zweifelhaft, ob die Blatterkranken, welche durch eine sehr deprimirende Behandlung nur sehr wenig und gelinde Pocken bekamen, auch vor einer künftigen Ansteckung der Menschenblattern geschützt gewesen wären, wenn nicht durch spätere reizende Einflüsse ein Nachschub bewirkt und somit ihre Empfänglichkeit getilgt worden wäre. 13) Eben so können auch die nicht durch Inokulation, sondern durch zufällige Ansteckung bewirkten Pocken, wenn sie in Folge äusserer Einflüsse zu gering und gelinde waren, noch eine Empfänglichkeit für eine zweite Ansteckung zurücklassen. So hat schon Rhazes angemerkt, dass junge Leute zum zweiten Male von den Blattern wieder ergriffen werden können,

wenn sie als Kinder die ersten Pocken zu leicht überstanden haben. 14) Bisweilen verändert sich auch die Empfänglichkeit; es kann kommen, dass ein Mensch, der zu einer Zeit nicht sehr empfänglich für die Ansteckung ist, es zu einer anderen in einem sehr bedeutenden Grade wird.

„Trifft es sich nun, dass ein Individuum inokulirt wird, das für den Augenblick eine sehr geringe Empfänglichkeit hat, so verlaufen die eingeimpften Blattern sehr leicht, gleichsam nur lokal, gewähren dann aber auch keinen sicheren Schutz, weil sie den Körper nicht gehörig umstimmen."

15) „Dieselbe Unsicherheit des Schutzes findet auch statt, wenn zwar eine gehörige Empfänglichkeit für die Menschenblattern besteht, bei der Ansteckung aber, sie mag auf dem natürlichen oder künstlichen Wege erfolgen, zu wenig Impfstoff einwirkt, oder der angesteckte durch schwächende und umstimmende Mittel so sehr herabgebracht wird, dass eine volle Entwickelung und Einwirkung der Menschenblattern nicht geschieht, dieselben sohin gewissermaassen auch nur örtlich verlaufen und eine allgemeine Umstimmung nicht verursachen."

16) Zu leichte Blattern sind nicht genügend, denn sie schützen nicht vor Rückfällen, die bisweilen sehr kräftig und bösartig sind; man musste daher bei der Inokulation einen Mittelweg zu gehen suchen und es vermeiden, bei derselben zu heftige oder zu leichte Blattern zu bekommen. 17) Da aber auch nach sehr heftigen Blattereruptionen bisweilen noch einmal Blattern auftreten, so muss noch eine andere Ursache als die zu leichte Eruption mit in Anschlag gebracht werden, nämlich eine zu grosse Empfänglichkeit für die Pocken. Zum Beweise für alle diese Sätze hat der Verf. verschiedene Autoren angeführt, und wir müssen bitten, dieserhalb das Buch selber durchzulesen.

III. Lokale Menschenblattern werden diejenigen Pocken genannt, die nach einer kräftigen vollkommen schützenden Pockeneruption, sei sie durch zufällige oder absichtliche Ansteckung hervorgerufen, zum Vorschein kommen. Man muss diese Lokalpocken nicht mit den Rezidivpocken verwechseln; sie treten bei Denen hervor, die eine Empfänglichkeit für die Menschenblattern nicht mehr haben; sie kommen besonders bei Denen vor, welche nach überstandenen Pocken Pockenkranke warten und eine zarte Haut haben. Sie können sich ferner bei denselben Menschen zufällig öfter entwickeln. Auch auf Inokulation entstehen solche Lokalblattern bei denselben Menschen öfter als einmal. Die Inokulation ist sogar zuweilen nach bereits überstandenen Menschenblattern noch im Stande eine leichte Blatterkrankheit zu verursachen, wenn häufiger Umgang mit Blatterkranken dies zu bewirken

nicht im Stande ist. Von diesen Lokalblattern kann aber mit grossem Erfolge auf nicht geblätterte Menschen übergeimpft und also in ihnen eine wirkliche Pockeneruption erzeugt werden. Eben so, wie nach den ächten Menschenpocken, können auch nach den Vakzinepocken Lokalblattern eintreten, welche ebenfalls im Stande sind, bei noch Ungeschützten ächte Menschenblattern hervorzubringen; ja es könnten sich solche lokale Menschenblattern auf die Kuhpockenimpfung bei denselben Menschen sogar öfter entwickeln.

Alle diese Angaben, wofür die Beweise in dem vor uns liegenden Werke selber nachzulesen sind, sind offenbar von grosser Wichtigkeit; sie geben erst einen gehörigen Standpunkt zur Beurtheilung der Schutzkraft der Vakzine, und führen uns bald zu Regeln, wie Kinder in Bezug auf die Impfung zu behandeln seien.

„Diese Lokalmenschenblattern bei Individuen", sagt der Verf., „welche die natürlichen Menschenblattern überstanden haben, oder vorher mit Erfolg mit Menschenblattern oder Kuhpocken geimpft worden sind, sind selbst in ihrer vollkommensten Entwickelung nie so ausgebildet, wie die geimpften Menschenblattern noch ungeschützter Individuen. Sie bleiben etwas kleiner, verlaufen etwas schneller, indem sie gewöhnlich schon den 7ten oder 8ten Tag ihre volle Entwickelung erreichen und sich in kürzerer Zeit zurückbilden, und verursachen nur bei einigen Menschen Schmerz unter den Achseln, mit gelinden, selten etwas heftigen Fieberbewegungen. Weder in der Umgebung der geimpften Stelle, noch über den ganzen Körper haben sie einen Ausschlag in der Folge. Die Narben, die sie zurücklassen, sind kleiner und viel flacher."

Mit einem Worte, bei bereits Geschützten entwickeln sich nicht selten noch die verschiedensten Formen von variolösen Hautausschlägen an der Stelle der wiederholten Impfung, und es ist hierbei ganz gleich, ob die Individuen durch eine Varioleruption oder durch die Vakzination geschützt worden sind. Nach überstandenen Menschenblattern können sich eben so durch Vakzination Kuhpocken entwickeln, jedoch auch gewöhnlich nur auf unvollkommene Weise. Auch bei schon Geblätterten, welche sich lange Zeit der Einwirkung des Menschenblatterkontagiums ausgesetzt hatten, ohne von den Menschenblattern zum zweiten Male angesteckt worden zu sein, können sich durch die Vakzination Kuhpocken entwickeln, von denen man mit Erfolg fortimpfen kann. Der Verf. hat diese Erfahrung an sich selber gemacht, und sie wurde auch im Grossen durch die vom Prof. Heim in Stuttgart und vom Dr. Thiele in Kasan vorgenommene Revakzination im Grossen bestätigt.

Um unsere Analyse nicht zu weit auszudehnen, unsern Lesern

aber eine vollständige Einsicht in die vor uns liegende gehaltvolle Schrift zu gewähren und sie zu veranlassen, sich dieselbe anzuschaffen, brauchen wir von den folgenden Abschnitten nur die Inhaltsanzeigen zu kopiren, wie sie der Verf. gegeben hat.

IV. „Die Menschenblatterimpfung veranlasst die Entdeckung der Kuhpockenimpfung. Jenner zieht den Umstand, dass Menschen, die schon vor vielen Jahren die Kuhpocken zufällig überstanden hatten, auf dem Wege der Inokulation für die Menschenblattern unempfänglich sind, in besondere Erwägung, und impft den 14. Mai 1796 das erste Mal die Kuhpocken. Die Kuhpocken sind im Stande, einen immerwährenden Schutz gegen die Menschenblattern zu gewähren. Einige Menschen sind nach einmal erstandenen Kuhpocken für eine wiederholte Erstehung derselben empfänglich. Von zweitmaligen Kuhpocken kann man mit Erfolg fortimpfen. Die Revakzination als Schutzmittel gegen die Menschenblattern im Grossen ausgeführt. Die Wirkungen der Revakzination sind sehr verschieden. Selbst die entwickeltste Revakzineblatter ist nicht so vollkommen entwickelt, wie die Vakzineblatter. Alle bei der Revakzination entstehenden, der Vakzine mehr oder weniger ähnlichen Ausschlagsformen müssen für ächt vakzinös, sohin für kuhpockenartig (Vakzinoid) erklärt werden. Die Revakzination schlägt nach der Vakzination um so eher wieder an, je wenigere Blattern bei dieser entstehen. Nach des Verf. Versuchen wirkt die Vakzine- und die Revakzine-Lymphe bei der Revakzination gleich sicher."

V. „Einige Menschen werden nach überstandener Kuhpockeneinimpfung noch von menschenblatterärtigen Ausschlägen befallen. In England beobachtet man schon bald nach der Entdeckung der Kuhpockeneinimpfung ähnliche Ausschläge, die sich beim Verimpfen als variolös erweisen. Auch auf dem Festlande von Europa werden ähnliche Ausschläge schon bald beobachtet; hier erklärt man dieselben aber, wenn sie leicht sind, für falsche Blattern, und wenn sie heftig sind, erklärt man die vorhergegangenen Kuhpocken für falsch. Falsche Kuhpocken giebt es nicht. Die blatterartigen Ausschläge Vakzinirter, die sich in der Epidemie in Schottland sehr vermehren, sind in Bezug auf die Form des Ausschlages und die Heftigkeit der Krankheit sehr verschieden. Thomson erklärt sie alle für variolös, und schöpft für sie den Namen Varioloiden. Des Verf. Impfversuche erweisen auch die leichtesten blatterähnlichen Ausschläge älterer Vakzinirter als variolös. Die falschen Blattern (Varizelle) befallen nur das kindliche Alter und lassen sich nicht mit Erfolg verimpfen. Zeit, nach welcher, und Verhältniss, in welchem die blatterartigen Ausschläge, welche im Allgemeinen sehr gemildert sind, die Vakzinirten nach der Vakzination befallen."

VI. „Die Kuhpockenimpfung ist im Stande, die Menschen lebenslänglich gegen die Menschenblattern zu schützen; schützt aber nicht alle. Soll die Kuhpockenimpfung Schutz gegen die Menschenblattern gewähren, so muss sie im menschlichen Organismus eine gewisse Veränderung hervorbringen. Ursachen, warum die Kuhpockeneinimpfung diese Veränderung zuweilen nicht hervorbringt, und deswegen gegen die Menschenblattern nicht schützt, sind: zu schwache Körperkonstitu-

tion des Impflings und zu schwache Einwirkung des Kuhblatterst
Der Kuhpockenstoff wird durch beständiges Verimpfen von Men
auf Menschen schwächer. Der Verf. findet frischen Kuhpocke
viel kräftiger wirkend. Der Verf. impft Kühe, und findet, das
durch Kühe gegangene alte Impfstoff regenerirt wird, und so k
wirkt, wie der Impfstoff von selbst entstandener Kuhpocken. Di
bellarische Uebersicht aller seit dem Jahre 1831 bis zum Jahre
einschliesslich im Königreiche Baiern Vakzinirten zeigt eine auffa
Sicherheit der Wirkung des regenerirten Impfstoffes im Vergleiche
der Wirkung des älteren Impfstoffes. Wenige Kuhpocken sc
nicht so sicher gegen Menschenblattern, wie mehrere. Fernere U
chen, warum die Kuhpockeneinimpfung zuweilen nicht schützt, s
schwächende Einflüsse, langwierige Hautkrankheiten und katarrhali
Leiden zur Zeit der Impfung und während des Verlaufes der K
pocken."

VII. „Die Kuhpocken müssen auf den menschlichen Körper k
tig einwirken, wenn sie ihn gegen die Menschenblattern sicher schü
sollen. Nothwendigkeit der Revakzination oder Schluss von den I
vakzineblattern auf die vorher bestandene Empfänglichkeit für M
schenblattern ist ganz unrichtig. Jedem Vakzinirten muss die R
vakzination dringend empfohlen werden. Auch die einmalige W
derholung der Vakzination gewährt nicht immer Schutz gegen
Menschenblattern. Sämmtliche Formen der Revakzine müssen
züglich des Schutzes gegen die Menschenblattern für gleich er
werden."

Zum Schlusse stellt der Verf. noch einige Bemerkungen auf, v
denen die wichtigsten folgende sind. Wenn bei Kindern die Vakzi
tion nicht anschlägt, so kann man überzeugt sein, dass nur (?) d
Stoff daran Schuld ist, weil jedes (?) ungeschützte, gesunde, hautre
Individuum Empfänglichkeit für die Kuhpocken hat. Menschen, d
keine Empfänglichkeit für die Kuhpocken haben, giebt es, nach de
Ansicht des Verf., nicht, und zeigen sich mitunter einige für die E
wirkung von kräftigem Kuhpockenstoffe unempfänglich, so ist, mei
der Verf., mit Gewissheit anzunehmen, dass dieselben die Menschen
blattern entweder bereits im Mutterleibe oder nach ihrer Geburt schon
überstanden haben. Man sieht, der Hr. Verf. gerathet hier auf das
Gebiet der Hypothesen, und er muss sich natürlich auf ernste, gegen
ihn wahrscheinlich eintretende Zweifel gefasst machen. Gegen die
Zweifler behilft sich der Verf. mit der Ausrede, dass in diesem Falle
die Blatternkrankheit so leicht gewesen sein kann, dass sie der Beob
achtung entgangen ist. Zu Zeiten, wo Menschenblattern herrschen,
sagt er, oder nicht lange vorher geherrscht haben, zeigen sich immer
die für die Kuhpocken unempfänglichen Kinder am häufigsten. Die
Revakzination, die nach dem Verf. immer nothwendig ist, will der

be 12—15 Jahre nach der Vakzination vorgenommen wissen, und r wollen nun die Schlussworte des Verf. wiederholen:

„Nach dem bisher Abgehandelten", sagt der Verf., „glaube ich ich zu folgenden Annahmen berechtigt: 1) Die Kuhpockeneinimpfung im Stande, dem Menschen lebenslänglichen Schutz gegen die Menhenblattern zu gewähren, und gewährt ihn im Allgemeinen auch irklich. 2) Gewährt die Kuhpockeneinimpfung einigen Menschen lensläuglichen Schutz gegen die Menschenblattern nicht, so liegt die :huld hiervon entweder in der eigenthümlichen Konstitution dieser enschen, oder in den ungünstigen Verhältnissen, unter welchen die uhpockeneinimpfung vorgenommen wurde; in diesem Falle mildert)er die Kuhpockeneinimpfung die nachfolgende variolöse Ausschlagskrankeit immer mehr oder weniger, und vermindert die Gefahr derselben n Allgemeinen oder auf eine sehr auffallende Weise. 3) Um auch iese bei einigen Menschen nach der Vakzination nachfolgende variose Ausschlagskrankheit zu verhüten, muss jedem Vakzinirten die Reakzination dringend empfohlen werden."

Aus dem hier Gegebenen wird sich sicherlich jeder Leser ein ollständiges Urtheil über das vorliegende Werkchen haben bilden könsen. Wir zweifeln nicht, dass das Urtheil ein sehr günstiges sein verde. Wir finden das Buch belehrend, anregend und über den Gegenstand sich lichtvoll verbreitend. Wer für diesen Gegenstand also Interesse fühlt, der wird das Buch nicht entbehren können.

III. *Klinische Mittheilungen.*

Hôpital des Enfans malades in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

1. Ueber die chirurgische Behandlung des Krups.

(Schluss, s. voriges Heft S. 147.)

„Der eigentliche Erfolg der Operation hängt, wie Sie Sich denken können, vorzugsweise von der Nachbehandlung ab. Wir haben schon gezeigt, dass, wenn die Tracheotomie geschehen ist, und alle Versuche gemacht worden sind, um die falschen Hautfetzen, soweit sie dem Instrumente zugänglich sind, herauszuziehen, man ein Röhrchen einschiebt. Bei dieser Gelegenheit müssen wir noch einmal auf das Röhrchen von Bretonneau zurückkommen, welcher zuerst die Tracheotomie wider den Krup wieder zu Ehren gebracht hat. Das von Bretonneau erfundene Röhrchen ist nicht nur sehr sinnreich, sondern auch vollkom-

men zweckentsprechend. Es besteht aus mehreren Stücken, welches die einzige Unvollkommenheit des Instruments ist. Es besteht aus drei Stücken; zwei Rinnen oder Halbzylinder können ihrer ganzen Länge nach in einander sich fügen und in dieser Zusammenfügung mittelst eines Doppelzapfens erhalten werden. Jede dieser beiden Rinnen hat in ihrem hinteren oder Trachealende einen kleinen, breiten Haken, welcher in Form eines Stiefels vorsteht und mit der Rinne einen rechten Winkel bildet. Am vorderen Ende jeder Rinne ist ein eben solcher Haken vorhanden. An einer der Rinnen befindet sich ein Zapfen und an der anderen eine Fuge, um den Zapfen aufzunehmen. Auf diese Weise werden beide Rinnen mit grosser Leichtigkeit in einen einzigen vollständigen Zylinder umgewandelt. Hat man in die Oeffnung der Luftröhre einen Einschnitt gemacht, und will man das Röhrchen einsetzen, so führt man zuerst den unteren Halbzylinder ein, indem man mit dem unteren Haken oder Stiefel desselben in die Wundöffnung eingeht. Dann schiebt man die obere Rinne geradezu innerhalb der unteren hinein, und wenn nun auch der Haken oder Stiefel dieser zweiten Rinne in die Wundöffnung hineingelangt ist, so setzt man die beiden Furchen parallel neben einander und befestigt sie in dieser Stellung durch die Zapfen und Halter. Die beiden Haken oder Stiefel am Trachealende des nun geschlossenen Zylinders verhindern, dass er durch die Hustenanstrengung ausgestossen wird, und damit das Röhrchen nicht zu tief hineingleite und nicht gegen die hintere Wand der Luftröhre sich lege, hat Hr. Bretonneau eine Art Hülse (*manchon*) [illegible] Pfropfenholz, und von einem Metallreifen umgeben, anbringen lassen. Diese Hülse ist so gestaltet, dass sie das Röhrchen genau umfasst; ferner ist sie beweglich von hinten nach vorn und von vorn nach [illegible]n, je nach dem Willen des Arztes. Je nachdem die Wundränder [illegible]r oder minder geschwollen sind, wird die Hülse vor oder zurück geschoben, bis das Röhrchen ganz fest steht, indem nämlich die Wände [illegible] zwischen dem Stiefel hinten und der Hülse vorn gleich[illegible]primirt sind. Mit der Hülse versehen kann das Röhrchen [illegible] der hinteren Wand der Luftröhre hingleiten, so dass ein [illegible]menes, freies Athmen nicht verhindert wird. — Das dritte Stück [illegible] Apparats ist ein halb flaches Röhrchen mit etwas elastischen Wänden, welches in den hohlen Zylinder, der aus beiden Rinnen gebildet [illegible], eingeschoben werden kann. Dieses dritte Stück hat den Nutzen, dass es behufs der Reinigung herausgezogen und von dem verstopfenden Schleim befreit werden kann. Es sind bereits 25 Jahre her, dass

Bretonneau dieses Röhrchen hat anfertigen lassen, und abgesehen von dem Nachtheile, den die Zusammensetzung aus mehreren Stücken hat, ist es bis jetzt noch durch keinen sinnreicheren, vollständigeren und zweckmässigeren Apparat ersetzt worden. Mögen die falschen Membranen sich im Kehlkopfe oder in der Luftröhre befinden, es wird immer möglich werden, die mit Schwamm versehenen Fischbeinstäbchen einzuführen und sie die ganze Länge der Luftröhre passiren zu lassen, ohne an das Ende des Röhrchens anzustossen. Aber wir können es nicht genug wiederholen, einer der grossen Vortheile dieses Apparats ist der, dass man sich, ohne das Röhrchen zurückzuziehen, durch ein momentanes Schliessen desselben mit dem Finger oder mit einem Stöpsel überzeugen kann, ob der freie Durchgang der Luft in den oberen Luftwegen wieder hergestellt ist. Bei diesen grossen Vortheilen des Bretonneau'schen Röhrchens müssen wir auch kurz der, wenn auch geringen, Uebelstände gedenken, die dasselbe hat. Ein Uebelstand ist, wie schon gesagt, der, dass das Röhrchen aus mehreren Stücken besteht, welche ziemlich schwer in gehörige Lage zu bringen sind, und welche dazu zwingen, einen dem Volumen des Zylinders, welchen die Stücke bei ihrer Zusammenstellung bilden, genau angemessenen Schnitt zu machen; ist der Schnitt zu klein, so kann das Röhrchen nicht zu einem Zylinder gestaltet werden; ist der Schnitt zu gross, so werden die Stiefel oder Haken des Trachealendes des Röhrchens keine Haltung haben, sondern werden hinausgleiten, und das Röhrchen wird nicht gehörig feststehen. Obwohl wir nun, wie schon gesagt, das Bretonneau'sche Röhrchen ganz vortrefflich finden, so geben wir doch in den meisten Fällen dem von Trousseau erfundenen, schon erwähnten, gekrümmten, doppelläufigen Röhrchen, an dem wir ein kleines Schild angebracht haben, den Vorzug. An diesem Schildchen lässt sich ein breites Band anbringen, welches dazu dient, das Instrument zu halten und das Hineinschlüpfen desselben in die Wunde zu verhüten."

„Ist das Röhrchen gehörig angebracht, so kommt es darauf an, das Kind in einen Zustand zu versetzen, dass die Operation den günstigsten Erfolg habe. Zuvörderst muss man dafür sorgen, dass das Kind in einem gelinden, mässigen Schweisse verbleibe. Demnach muss die Luft des Zimmers, worin das Kind sich befindet, erwärmt und nicht zu trocken sein. Um die Luft hinreichend gehörig feucht zu halten, kann man, wie Einige angerathen haben, mehrmals des Tages Abkochungen milder Substanzen, z. B. von Altheewurzel, Malven u. dgl.,

im Zimmer verdampfen lassen. Einige Aerzte haben auch direkte Räucherungen vorgeschlagen. Am schwierigsten ist es aber, eine immer gleichmässige Temperatur im Zimmer zu erhalten. Wir haben zu diesem Zwecke ein sehr einfaches und doch vollkommen ausreichendes Mittel vorgeschlagen, dessen wir uns immer bedient haben, und das wir mit vollem Rechte empfehlen können; dieses Mittel besteht ganz einfach in einem wollenen gestrickten Shawl mit grossen Maschen, der lose um den Hals gelegt wird. Dieser Shawl verhütet, dass die Luft direkt und zu kalt in das Röhrchen, welches in die Luftröhre eingefügt ist, hineingelange, sondern die Luft muss erst von oben und von unten den Hals entlang gehen und wird auf diese Weise erwärmt, ehe sie in das Röhrchen eindringt. Der wollene Shawl dient auch noch dazu, den Hals warm zu halten. Die Trockenheit der von dem Kranken eingeathmeten Luft verursacht die schnelle Konkretion des Bronchialschleims in dem Röhrchen und macht eine häufige Reinigung dieses letztern zur Nothwendigkeit. Gäbe es keinen anderen Umstand als diesen, weshalb man das Röhrchen zu reinigen genöthigt wird, so würde das Uebel nicht gross sein; allein durch das Einführen eines befeuchteten Schwammes geräth man in Gefahr, einige dieser Konkretionen in die Luftröhre hinabzustossen und sehr ernste Zufälle herbeizuführen. Wir rathen deshalb, das Röhrchen niemals mit einem Schwamme auszuwischen, sondern das innere Röhrchen herauszuziehen. Findet man es nöthig, die Luftröhre selber auszuwischen, so muss man sich sehr feiner und sehr biegsamer Fischbeinstäbchen bedienen, weil, wenn diese zu steif oder zu dick sind, die Schleimhaut der Luftröhre verletzt werden könnte. Deshalb ist auch der von Bretonneau, behufs der Aetzung des Pharynx und der Epiglottis angegebene dicke, gekrümmte und spatelförmige Fischbeinstab mit seinem Schwamme hier nicht passend."

„Es giebt Fälle, in denen Konkretionen sich nicht nur im Röhrchen, sondern auch in der Luftröhre bilden, wo sie harte Kerne darstellen, die als fremde Körper wirken. In diesem Falle muss man den Röhrchenapparat entfernen, die Wundränder auseinander halten und den Kranken stark husten lassen. Diese Maassregel ist meist hinreichend und wirksamer als ein Auswischen der Luftröhre. Erst wenn diese verhärteten Konkretionen ausgetrieben worden sind, muss man den feuchten Schwamm in das Innere der Luftröhre hineinschieben. Bisweilen bilden sich noch nach der Operation, und nachdem die falschen Membranen entfernt worden, deren neue. Treten diese neu-

gebildeten, falschen Membranen, wie es bisweilen vorkommt, leicht zur Oeffnung und zum Röhrchen hinaus, so muss man nichts thun, sondern die Natur wirken lassen. Wir hatten ein kleines Mädchen zu behandeln, welches durch die mittelst der Tracheotomie bewirkte Oeffnung in 5—6 Tagen falsche Membranen bis zu einem kleinen Glase voll auswarf. Wir haben auch gesagt, dass in früherer Zeit Hr. Bretonneau und Hr. Trousseau die Gewohnheit hatten, sehr konzentrirte Höllensteinlösungen anzuwenden, um die Schleimhaut des Kehlkopfs und der Luftröhre zu kauterisiren. Sie haben aber seitdem solche starke Auflösungen nicht mehr angewendet, und begnügen sich jetzt mit viel schwächeren."

„Zu welcher Zeit soll man das Röhrchen herausziehen? Wenn man nach Verlauf einiger Tage aus dem Röhrchen gutgearteten Bronchialschleim austreten sieht, d. h. wenn der Schleim einfach und mit falschen Hautfetzen nicht gemischt ist, wenn das Kind bereits durch den Kehlkopf frei athmet, was man durch Zuhalten des Röhrchens sehr bald ermitteln kann, so ist es Zeit, die Wunde zu schliessen. Wir unsererseits haben es niemals vor dem 10ten Tage gethan; Hr. Trousseau sagt, dass es ihm möglich gewesen ist, am 3ten oder 4ten Tage das Instrument wegzunehmen. Dieser Autor rathet auch, das Röhrchen nicht mit einem Male und plötzlich wegzunehmen, ohne dass der Kranke vorher wieder an das Athmen durch die Luftröhre sich gewöhnt hat. Zu diesem Zwecke muss man das erste Mal das Röhrchen nur eine Stunde lang zustopfen oder wegnehmen; einige Stunden nachher geschieht es von Neuem und auf längere Zeit, und wenn endlich das Athmen mit gehöriger Leichtigkeit geschieht, wird der Apparat für immer weggenommen."

„Wenn der Apparat weggenommen ist, muss man sich bemühen, die Wundränder mit einander zu vereinigen? Wir haben gesagt, dass uns dies unmöglich erscheint. Eine Wunde, die geeitert hat, kann niemals wieder durch die erste Vereinigung verwachsen, ausserdem würden Heftpflasterstreifen durch den stets aus der Wunde austretenden Schleim aufgehoben und losgelöst werden. In wenigen Tagen übrigens sind die Wundränder einander näher getreten und den sich bildenden Fleischwärzchen gelingt es bald, eine vollständige Vereinigung zu bewirken. Wenn in Folge irgend eines Umstandes die Luftröhrenöffnung für das eingeschobene Röhrchen zu gross gemacht worden, so lege man am unteren Theile der Wunde eine oder zwei Nadeln an und versuche diesen Theil der Wunde durch erste Vereinigung zuzuheilen."

„Ehe wir diesen unseren Vortrag beendigen, müssen wir noch sagen, dass der Krup eine so gefährliche, eine so tödtliche Krankheit ist, dass man oft zur Operation schreiten muss, ohne abzuwarten, bis die Krankheit ihr letztes Stadium erreicht hat. „„Mag auch““, sagt Hr. Trousseau, „„die Tracheotomie in unseren Händen eine gefährliche und trügliche Waffe gewesen sein, so werde ich dennoch sagen, man muss eilen, die Operation vorzunehmen. Und habe ich einst gelehrt, dass man die Operation so spät als möglich machen müsse, so bin ich jetzt durch viele Erfahrungen zu der Lehre gekommen, dass man die Operation so früh als möglich machen müsse, dass man sie machen müsse, sobald keine Indikationen mehr da sind, andere Mittel anzuwenden.““ Will man warten, bis eine direkte Indikation zur Tracheotomie da ist, so wird man vielleicht zu lange warten; man muss nicht fragen: ist jetzt eine Indikation zur Tracheotomie eingetreten? sondern man muss sich fragen: sind für die anderen Mittel Indikationen vorhanden, und versprechen diese Mittel Erfolg? Dann wird man bald finden und begreifen, dass die Tracheotomie noch das zuverlässigste Mittel ist, und man wird dann mit weniger Angst zugreifen. Wir theilen die Ansicht des Hrn. Trousseau, und wir glauben, dass man niemals vor der Operation sich ängstigen darf. Hr. Trousseau hat 136 Mal die Tracheotomie wegen des Kraps gemacht; er hat 3[illegible] Kinder gerettet, also 1 auf 4. Nicht so glücklich als Hr. Trousseau, glauben wir doch derjenige zu sein, der nach ihm die meisten dieser Operation gemacht hat; wir haben 36 Mal die Tracheotomie wegen Krup gemacht, und 4 Mal haben wir wirklich die Kinder vom Tode dadurch gerettet. In einer so tödtlichen Krankheit, wie der Krup, ist dieses auch schon ein gutes Verhältniss, und muss die Aerzte veranlassen, schon etwas früh die Tracheotomie in Fällen von Krup zu machen, und die letztere Aushülfe auch zu versuchen, ehe man das Kind ruhig sterben lässt."

---

2. Ueber Fraktur beider Vorderarmknochen bei Kindern.

„Wir haben in unserer Abtheilung einen Knaben, 13 — 14 Jahre alt, der uns eine dieser unglücklichen Verletzungen zeigt, die man bisweilen in der Kindheit antrifft. Er hatte nämlich einen Fall gethan, und sich die beiden Knochen des rechten Vorderarms zerbrochen. Ein Arzt, der aus der Stadt herbeigerufen wurde, hatte sogleich einen Ver-

band angelegt, der auch nicht ganz passend gewesen zu sein schien. Er hatte nämlich mit einer Rollbinde den Arm umgeben, auf die Hinter- und Vorderfläche des Arms Pappschienen gelegt, und um diese eine neue Rollbinde herumgeführt. Mit diesem Verbande liess er den Knaben zwei Tage liegen, ohne ihn zu besuchen. Erst am 4ten Tage nahm er den Verband ab; er fand eine Parthie des Vorderarms brandig, die Hand aufgetrieben, ungeheuer geschwollen, die Finger unbeweglich. Es wurde darauf mit einfachem Zerat der Arm bedeckt, und 15 Tage nach dem Zufalle der Kranke zu uns gebracht. Als wir den Knaben zuerst sahen, erkannten wir einen sehr ausgedehnten Brand an verschiedenen Stellen des Vorderarms, besonders an der vorderen Parthie desselben, der Brand dehnte sich auf die Muskelmasse aus; die Finger waren durchaus unbeweglich, vollkommen unempfindlich, so dass man in die Hand Nadeln tief hineinstechen konnte, ohne dass der Kranke es fühlte. Wir konnten natürlich nur eine sehr üble Prognose stellen; wir hatten nur eine einzige Indikation zu erfüllen, nämlich das Abfallen des Schorfes zu erleichtern und zu warten; die Amputation des Armes blieb uns als allerletztes Mittel. Als die Brandschorfe abgefallen waren, konnten wir die ganze Tiefe des Brandes beurtheilen; die Muskelbäuche waren brandig und vollkommen zerstört; es blieben nur die Sehnen übrig, die mit der Haut und dem Knochen einen skeletartigen Arm bilden. Die Finger, die Hand und der vordere Theil des Vorderarms sind ohne alle Empfindung. Dieser sehr unglückliche Fall ist wieder ein Beweis von dem Uebel, das ein zu frühzeitig und zu fest angelegter Verband bei Beinbrüchen anrichtet. Es giebt Wundärzte, welche glauben, dass man keine Zeit versäumen darf, nach einer Fraktur den Verband anzulegen; andere dagegen sind des Glaubens, dass man Stunden, ja Tage warten müsse, ehe man den Verband anlegt. Wir glauben, dass die Wahrheit in der Mitte liegt. Wartet man mit dem Verbande bei schiefen Brüchen oder bei Brüchen zweier Knochen über dem des Vorderarms, so sind Verschiebungen, die den Bruch unangenehm kompliziren können, und Zerreissungen des Periosts sehr leicht möglich; legt man den Verband zu früh an, so kann der Erfolg derjenige sein, wie er hier eben an diesem Knaben beobachtet worden. Meine Regel ist, einen Verband gleich anzulegen, aber nicht als wirklichen Bruchverband, sondern als blossen Kontentivverband, der durchaus nicht fest angezogen werden darf. Erst wenn die Entzündung und Anschwellung vollständig vorüber ist, muss der Verband fester angelegt werden. Ja, auch der lockere Verband muss

15*

sogleich abgenommen werden, sobald der Kranke nur im Geringsten dabei leidet. Dupuytren hat oft den Verband zu Mittag abgenommen, den er früh des Morgens angelegt hatte. Auch müssen wir noch bemerken, dass das Herumführen einer Rollbinde um die Bruchstücke bei der Fraktur eines Vorderarmknochens ein sehr schlechtes Verfahren ist, weil die Bruchstücke dadurch zusammengedrückt werden und der Zwischenknochenraum beseitigt wird. Die erste Nothwendigkeit ist also bei Brüchen des Vorderarms, gestufte Kompressen in den Zwischenknochenraum zwischen Ulna und Radius zu legen und dann erst die Schienen, um die Bruchstücke gehörig auseinander zu halten."

---

3. Ueber eine grosse, bösartige Geschwulst an der vorderen, rechten Seite des Halses.

„Das mit dieser Geschwulst behaftete Kind war 6½ Jahre alt, von ziemlich guter Konstitution und sanguinisch-lymphatischem Temperamente. Die Eltern dieses Kindes schienen vollkommen gesund zu sein, und auch in der ganzen Familie gab es, soweit die Nachforschungen reichten, weder Gicht noch Krebs, noch Tuberkeln. Eine der Schwestern des Kindes schien angeschwollene Halsdrüsen gehabt zu haben. Das Kind ist in einer ziemlich feuchten Gegend geboren; man zählt, nach Aussage der Eltern, 5—6 Kropfige im Dorfe. Gegenwärtiger Knabe war vollkommen gesund geboren, und blieb so bis zum 18ten Monate. Jetzt zogen seine Eltern nach Paris, und man bemerkte nun rechts über dem Schlüsselbeine an der Seite des Halses zwei Geschwülste von der Grösse einer Saubohne, die sich entwickelt hatten, ohne dass man es bemerkte. Die Haut über diesen Geschwülsten zeigte keine Veränderung der Farbe. Man gab dem Kinde einige Tonika, und machte einige Einreibungen auf die Geschwulst. Weiter hatte man nichts gethan, als das Kind zu uns gebracht wurde. Die beiden Geschwülste hatten sich bedeutend vergrössert und waren in eine zusammengerathen, die den Umfang eines Hühnereies hat. Allmälig wuchs die Geschwulst noch mehr, und bekam die Grösse einer Faust, belästigte aber weder die Athmung noch das Schlucken. Als das Kind zu uns gebracht wurde, erstreckte sich die Geschwulst vorn bis zum Schildkörper, unten bis zum Schlüsselbeine, und oben bis zum Unterkiefer. Sie war von sehr bedeutender Grösse, mit dicken varikösen Venen besetzt, drängte den Kopf nach hinten und etwas nach

links, und zog das Antlitz nach rechts. Man konnte deutlich eine von vorn nach hinten und schief von unten nach oben gehende Furche bemerken, wodurch der Tumor in zwei Parthieen getheilt wurde. Nach dem Gefühle zu urtheilen, bestand sie aus harten, tuberkulösen Kernen, zwischen denen man eine dem verhärteten Zellgewebe ähnliche Masse fühlte. Nach einiger Zeit schien die Geschwulst abzunehmen, aber im Februar bekam sie ihre frühere Grösse wieder und erreichte nun den Umfang eines Menschenkopfes. Am 12. März hatte der Tumor noch bedeutend zugenommen, er erstreckte sich aufwärts bis zum Schlüsselbeine und bildete eine Art Wulst. Die Stimme war heiser geworden; die Athmung war jedoch noch frei. Am 27. März verschlimmerten sich die Zufälle. Das Kind, welches bis dahin noch jeden Morgen aufgestanden war, um herumzugehen, blieb nun im Bette. Am 31sten zeigte das Antlitz plötzlich eine bläuliche Farbe. Die Athmung wurde schwierig, die Stimme sehr schwach, kaum hörbar, gleichsam eingeschnürt. Das Kind starb am 1. April in einem wahrhaft asphyktischen Zustande."

„Während der ganzen Zeit seines Aufenthalts im Hospitale wurde keine Behandlung mit ihm vorgenommen. Von Darreichung innerer Mittel war nicht viel zu hoffen; höchstens konnte man damit die Kräfte des Kranken zu erhalten suchen; von örtlichen Mitteln konnte nur die Operation allein Aushülfe verschaffen; allein wegen der Grösse und Lage der Geschwulst, ihres Zusammenhanges mit der Luftröhre, und wegen der Menge grosser Venen, die durch und über die Geschwulst verliefen, musste die Ausrottung des Tumors unterbleiben. Indessen gab eine andere Operation einige Aussicht auf Erfolg, nämlich zuvörderst eine Unterbindung der Karotis, und dann eine Entfernung der Masse. Das Kind wurde der anatomischen Gesellschaft vorgestellt, um darüber die Meinung der Mitglieder zu vernehmen. Nach einigen Debatten über die Natur der Geschwulst, lief die allgemeine Ansicht darauf hinaus, unthätig zu bleiben und höchstens dem Kinde Jodkalium zu reichen, welches von ihm jedoch nur eine Zeitlang genommen wurde. Ausser der Gefahr, welche die Operation an sich zu haben schien, war es auch zweifelhaft, ob nicht die Geschwulst krebsiger oder tuberkulöser Natur sei, in welchem Falle sich ohne allen Zweifel die krebsigen oder tuberkulösen Massen wieder gebildet hätten würden. Die Tracheotomie würde den Tod des Kindes nur auf kurze Zeit verzögert haben. — Eine genaue Untersuchung der Geschwulst zeigte, dass sie aus mehreren Lappen bestand, die durch Zell-

gewebe mit einander verbunden waren; die Lappen bestanden aus einer festen, unter einem Messer knirschenden Substanz, der gleichend, welche man in der Brust unter dem Namen fibröser Geschwülste beschrieben hat, und die nichts weiter ist, als eine krebsige Entartung. Die Geschwulst schickte Verlängerungen tief zwischen die Muskeln hinein, hing mit den oberen Aesten der Karotis zusammen und hatte ausserordentlich entwickelte Venen. In den Lungen fand man kleine Tuberkeln. Eine Verlängerung der Masse erstreckte sich unter dem Schlüsselbein bis in das vordere Megastina. Es war also doch ganz richtig, die Operation zu unterlassen."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Ueber die k. k. Findelanstalt in Linz.

In dem grossen Gebär- und Findelhause in Linz nimmt nach dem Berichte des Primararztes, Hrn. Dr. Knörlein (Oesterr. med. Jahrb. August 1846), die Findelanstalt im ersten Stocke des Gebäudes 2 Säle ein, in jedem derselben sind 12 Bettchen für Kinder und 6 Betten für Ammen. Ein in der Mitte des Saales befindlicher Tisch und ein Wärmeapparat machen die ganze Einrichtung desselben aus. In diese Anstalt kommen die Kinder gewöhnlich mit dem 7ten oder 9ten Lebenstage; — das heisst, es ist hier von eigentlichen Findlingen nicht die Rede, denn solche Kinder, die ausgesetzt werden, könnten ja möglicherweise auch gleich nach der Geburt gebracht werden; sondern es sind damit die Kinder gemeint, die von der Abtheilung der Gebärenden und Wöchnerinnen herbeigebracht werden, und die die eigenen Mütter nicht mitnehmen wollen. Diese werden, wenn es angeht, bei den Findlingen noch auf 3 Monate als Ammen in Dienst genommen, und die Findlinge bleiben in der Anstalt, bis sie kräftig genug sind, in auswärtige Pflege gegeben zu werden. Da die von Aussen zitirten Pflegeeltern, welche die Kinder übernehmen sollen, oft erst spät eintreffen, so kommen diese selten vor 3—4 Wochen aus der Anstalt. Schwächlinge verweilen dagegen oft mehrere Monate im Hause, da es den Pflegeeltern gestattet ist, gegen die Annahme eines schwächlichen

Kindes zu protestiren. Ausser dem ordentlichen Zuwachse der aus der Gebäranstalt übersetzten Kinder empfängt die Findelanstalt jährlich eine Anzahl der nach Aussen hingegebenen, dort aber verwahrlosten Pfleglinge wieder zurück, welche dann in der Anstalt bis zu vollständiger Besserung oder bis zum Ableben verbleiben. — Mit der Uebernahme eines Kindes aus der Anstalt erhalten die Pflegeeltern die gehörige Wäsche und ausserdem eine kurze Instruktion, wie Kinder zu handhaben und zu pflegen sind. Die Findlinge bleiben bis zum vollendeten 10ten Jahre unter Kontrolle der Anstalt. — Vom Jahre 1834 bis 1845 wurden in Summe 2844 Findelkinder aufgenommen, und zwar blieb deren Zahl im Steigen, denn während 1834 nur 155 aufgenommen wurden, kamen im Jahre 1845 schon 372 in die Anstalt. Von den 2844 wurden 2129 in auswärtige Versorgung gegeben, 679 aber starben im Hause. Die gesundheitlichen und Mortalitätsverhältnisse waren bis zum Jahre 1843 ungünstig; vom Jahre 1843 an wurde den Kindern ein günstigeres Lokal eingeräumt, das besser ventilirt werden konnte; während in den ersten Jahren an 30 pCt. starben, starben in den letzten nur 8 bis höchstens 10 pCt. — Unter den 2844 Findlingen fanden 971 Erkrankungen statt. Es erkrankten an Durchfällen, Magen- und Darmentzündung und Schwämmchen 270, starben 175; an Magenerweichung 18, st. 15; an Erysipelas und Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen 26, st. 13; an angeborener Syphilis 32, st. 30; an Augenentzündung der Neugeborenen 134, st. 31; an Blausucht 24, st. 19; an Pneumonie, Bronchitis, Stickfluss 39, st. 28; an Schlagfluss 15, st. 15; an Tetanus, Trismus und Konvulsionen 152, st. 100; an Thrombus 12, st. 1; an Lithiasis 1, st. 1; an Karies des Kreuzbeins 2, st. 2; an Lebensschwäche (?) starben 249. — Eine stehende Findelhausplage waren die Ophthalmoblennorrhöen; zu Zeiten litt die Hälfte der anwesenden Kinder daran. Wenn gleich in vielen Fällen ihr Entstehen durch verdächtige Scheidenflüsse der Mutter erklärt werden konnte, so mag doch das Austragen der Kinder zur Taufe in die ¼ Stunde entlegene Kirche keine geringe Veranlassung ihres häufigen Vorkommens gewesen sein. Einmal entstanden, pflanzte das Augenübel schnell auf ganz gesunde, in demselben Zimmer befindliche Kinder sich fort, so dass Isolirung als erste Anzeige sich feststellte. In leichteren Fällen der Ophthalmie genügten einige Blutegel und kalte Bähungen der Augen, später, wenn das Sekret purulent wurde, zeigte sich Einstreuen von Kalomelpulver besonders nützlich. Zwei ihrem Ursprunge nach syphilitische Ophthalmoblennorrhöen ver-

dienen wegen ihres Ausgangs noch eine besondere Erwähnung. Bei einem neugeborenen Mädchen verschwand eine Ophthalmoblennorrhoe, und statt deren stellte sich ein Ausfluss aus der Scheide mit Anschwellung der Leistendrüsen und Schamlefzen ein; bei einem anderen Kinde erschienen taubeneigrosse Abszesse an der Kreuzbeingegend, an den Armen und an den Füssen; endlich stellte sich Karies ein, und das Kind starb atrophisch; übrigens nahmen die meisten Augenentzündungen, welche tödtlich endigten, dieses Ende erst nach Monate langem Siechthum. — Noch unheilvoller als die Augenentzündungen, diese aber begleitend, waren die verschiedenen Störungen des Darmkanals. Zuerst Schwämmchen, Koliken, dann Durchfall, Erbrechen, und endlich Atrophie, oder ein schnelleres Ende durch Konvulsionen, Trismus, Magen- und Darmentzündung. Bei den vorgenommenen Leichenöffnungen wurde 15mal Gastromalakie gefunden; am häufigsten aber sah man stellenweise Verschwärung der Schleimhaut in dem zur Federspuldicke verengerten, mit etwas blutigem Schleime überzogenen Dickdarme. Manchmal wurden solche Kinder noch durch eine frische Amme gerettet; arzneiliche Mittel erreichten selten diesen Zweck; im Gegentheile wurde durch ihre schwer zu überwachende Anwendung oft mehr geschadet als genützt. — Entzündliche Affektionen der Brusteingeweide wurden mit einem Brechmittel, oder mit einigen örtlichen Blutentziehungen in einigen schlimmen Fällen glücklich behandelt. — Der Thrombus wurde bei grösserer Ausdehnung durch einen Einschnitt entleert und durch eine schwere mit Eiswasser getränkte Kompresse 24 Stunden hindurch bedeckt, dann durch Bleipflasterstreifen nach eingelegter Wieke komprimirt. Kleinere wurden durch Absorption entfernt. — Syphilis erschien als Hautleiden mit Knötchen oder blasenförmiger Efflorescenz, gewöhnlich am Gesässe, auch an Händen und Füssen, mit Exkoriationen der Fersen und der Schamtheile. — Die Zellgewebsverhärtung endete immer tödtlich und wurden nur zwei Kinder durch Einreibung mit warmem Kampheröl und den innerlichen Gebrauch der peruv. Rinde mit *Spirit. C. C. succinatus* gerettet.

---

2. Verfahren gegen die skrophulöse Augenentzündung, wie solches in der Abtheilung für Augenkranke in dem grossen k. k. Krankenhause geübt wird.

Aus dem Berichte der DD. E. Seidel und C. Kanka.
(Oesterr. med. Jahrbücher.)

So vielgestaltig die Formen der skrophulösen Bindehautentzündung (die übrigens mehr bei Erwachsenen als bei Kindern vorkam) erschien, so mannigfach musste auch die Behandlung variiren. Bei nur beschränkter Entzündung, aber sehr grosser Empfindlichkeit, ferner bei rheumatischer Komplikation, wird örtlich nichts weiter angewendet, als Einreibungen narkotischer Substanzen, namentlich des ausgedrückten *Oleum Hyoscyami* in die Supraorbitalgegend. Hautreize, gegen die sonst hier sehr viel gesprochen worden, wie die Autenrieth'sche, oder eine aus *Tartar. stibiatus* und gepulvertem Seidelbast bereitete Salbe, in den Nacken oder auf den kahlen Kopf eingerieben, haben sich sehr gut und wirksam bewiesen; die letztgenannte Salbe soll den Vorzug vor der Autenrieth'schen haben, weil sie kleinere und weniger schmerzhafte Exkoriationen bewirkt. Innerlich Abführmittel aus Kalomel und Jalappe oder unter Umständen auch den Brechweinstein *refracta dosi*. Sind die Entzündungserscheinungen mehr hervortretend, besonders in den Augenliddrüsen und der Bindehaut, und ist das Sekret scharf und ätzend, dagegen die Empfindlichkeit nicht sehr gross, so wird folgendes Augenwasser: ℞ *Mucil. Gumm. arab.* ʒj, *Aq. destill.* ℥ij, *Extr. Hyoscyam.* gr. ij. M. verordnet. Zeigte sich eine Neigung zur Pustelbildung, so fand sich eine schwache Sublimatlösung (½ Gran auf 2 Unz. destill. Wassers) als das wirksamste Mittel, um die weitere Entwickelung der Pusteln und deren Uebergang in Geschwüre zu verhindern. Hatten sich solche aber an der Hornhaut schon gebildet, oder war einige Infiltration der Hornhaut erfolgt, so konnte blos von einem stärker adstringirenden Mittel Hülfe erwartet werden. Dazu wurde vorzüglich der Alaun benutzt, der zu 2 — 4 Gran auf 2 Unzen Wassers in Auflösung verwendet wurde. Nur er war im Stande, wo möglich, die weitere Zerstörung der Hornhaut anzuhalten. Meist wurde der Alaun in Verbindung mit *Extr. Belladonn.* (1 Gran auf 1 Unze) gereicht, um für den Fall einer Durchbohrung der Hornhaut den nachher entstehenden Vorfall der Iris und die vordere Synechie auf möglichst kleine Gränzen zu beschränken und den grösstmöglichsten Theil

der Pupille durch Dilatation derselben zu retten. — Bei chronischem Verlaufe der skrophulösen Ophthalmie muss auf Verbesserung der Vegetation und Milderung der Dyskrasie durch *Taraxacum, Cichoreum, Jacea, putamina et folia nucum Jugland., Rheum, Guajacum, Aethiops antim.* u. s. w. gewirkt werden.

---

3. Ueber den Trismus der Neugeborenen, dessen Pathologie und Behandlung.

Dr. Marion Sims in Montgomery, Staat Alabama, hat im *American Journal of medical Sciences* folgende Ansichten ausgesprochen. Nachdem er darauf hingewiesen, dass der Trismus der Neugeborenen in allen Lokalitäten, in allen Klimaten und in jeder Klasse der Gesellschaft vorkömmt, geht er zu den Ursachen der Krankheit über. Von verschiedenen Autoren sind verschiedene Ursachen angegeben worden: Reizung durch zurückgehaltenes Mekonium, kalte feuchte, verdorbene Luft, übermässiges Abführen, Verstopfung, Einwirkung einer stumpfen Scheere auf die Nabelschnur bei Durchschneidung derselben, Entzündung und Ulzeration des Nabels, Aufgiessen von kaltem Wasser auf den Kopf bei der Taufe, der Mangel an gehörigem Wickeln des Kindes, die Einwirkung grober Leinwand auf den Nabel, Rauch aus dem Ofen oder Kamin u. s. w. — Nach diesem Ueberblicke der möglichen Ursachen erzählt Dr. S. einige von ihm selbst beobachtete Fälle, von denen der folgende der interessanteste ist. Patsey, ein Negerweib von heller Bronzefarbe, gut gebauet, 26 Jahre alt, im Besitz des Hrn. Stickney, brachte im Juli 1844, bei ihrer 4ten Niederkunft, ein Pärchen, nämlich 2 Mädchen, zur Welt. Am 15. Juli 1845 wurde sie am Ende ihrer 5ten Schwangerschaft von Neuem entbunden, und zwar wieder von 2 Mädchen. Die Geburt des 2ten Mädchens war zögernder, als die des ersten; es kam scheintodt zur Welt und athmete erst nach mehrern Minuten. Es war etwas grösser und schwerer, als das erstgeborene Mädchen. Bis zum 6ten Tage (am 21sten) nach der Geburt befanden sich beide Kinder ganz wohl; jetzt aber wollte das 2te Kind nicht mehr die Brust nehmen, wurde unruhig, und schien ausser Stande, seinen Mund zu öffnen. Am 22sten stöhnte und schrie es eine ganze Weile, schien grosse Schmerzen zu leiden; seine Kiefer waren geschlossen, und es gesellten sich dazu Krämpfe oder Zuckungen. Am 23sten gegen 7 Uhr Abends sah S. das Kind zum er-

sten Male, also 48 Stunden nach dem ersten Anfalle; sein Körper war starr, Beine gestreckt und steif, Zehen nach auswärts gekehrt und die Fersen gegen einander gestemmt. Wurden die Fersen aus einander gebracht und dann losgelassen, so fahren sie sogleich wieder gegen einander. Die Arme lagen fest an der Seite des Körpers; die Vorderarme standen im rechten Winkel; die Hände waren festgeballt und die Kiefer eng geschlossen. Die geringste Anstrengung, den Vorderarm zu strecken, bewirkte grossen Schmerz und erregte klonische Krämpfe. Es war unmöglich, dem Kinde die Hände zu öffnen. Das Antlitz hatte übrigens einen Ausdruck von Ruhe und milder Heiterkeit, welcher gegen die Starrheit des Körpers und der Extremitäten sehr abstach, aber nur bis zum Eintritt der Krämpfe anhielt, die nach einer Pause von wenigen Minuten eintraten, und zwar bald von selber, bald in Folge irgend eines äusseren erregenden Einflusses, eines lauten Tones, einer starken Bewegung, oder des Hinüberkriechens einer Fliege über das Gesicht. Alsdann wurde der ganze Körper starr und steif; die Hände ballten sich fester zusammen und zitterten; die Kiefer schlossen sich fest gegen einander, der Kopf wurde rückwärts gezogen, die Lippen zusammengepresst; die Mundwinkel zurückgezogen; die Augenlider krampfhaft geschlossen; kurz das Antlitz bekam einen furchtbaren Ausdruck von sordonischem Lachen, und war mit einem ängstlichen, wimmernden Geschrei begleitet. Diese Symptome dauerten jedoch nur wenige Momente und machten dann dem früheren Ausdruck von Ruhe Platz, obwohl keine Erschlaffung der Muskeln, des Körpers und der Extremitäten zugleich sich einstellte. Diese Szene von verhältnissmässiger Ruhe dauerte nur eine kurze Zeit, etwa 3—15 Minuten, worauf die schon beschriebenen Krämpfe von Neuem begannen. Das Schlucken war etwas verhindert, die Pupillen konnten wegen des Krampfes, den die geringste Berührung des Antlitzes hervorrief, nicht besichtigt werden; die Athmung war sehr beschleunigt, und ausserdem war Verstopfung vorhanden. Das Kind hatte *Syrup. Rhei*, Magnesia und etwas Opiumtinktur bekommen, aber ohne alle Wirkung. Verordnet wurde: ein kaltes Bad, Kalomel, Oel und die Anwendung von Klystieren. Am 24sten befand sich das Kind noch schlimmer, alle Symptome hatten sich gesteigert. Es wurden Antispastika verordnet; zwar schlief das Kind besser, aber am folgenden Morgen steigerten sich die Krampfanfälle von Neuem, und das Kind wurde vollkommen unfähig zu schlucken. S. begann nun auf die Reflexthätigkeit des exzito-motorischen Systems zu wirken und damit

Versuche anzustellen. Um den Grad der Steifigkeit des Körpers zu ermitteln, erfasste er das Kind an den Füssen, und war im Stande, es fest auf den Kopf zu stellen, ohne dass die Beine irgendwo im Gelenke sich bogen. Hierauf schob er seine Hand unter den Kopf des Kindes, um es ebenfalls auf die Füsse zu stellen, wobei er eine auffallende Unregelmässigkeit in den Knochen fühlte. Das Kind hatte während der ganzen Krankheit immer in einer und derselben Lage sich befunden, und zwar so, dass die ganze Schwere des Kopfes auf dem Hinterhauptsknochen ruhete. Der Puls des Kindes wurde unzählbar, die Athmung so häufig, wie sie nie zuvor war, nämlich 120 in der Minute, und das Kind schien als ob es nicht noch eine Stunde leben könnte. S. hob das Kind auf, um den Kopf genauer zu untersuchen, und setzte es zu diesem Zwecke sich auf die Kniee, oder vielmehr lehnte es gegen dieselben, denn die tonische Starrheit der Muskeln verhinderte die Beugung der Beine, so dass das Kind nicht in eine sitzende Stellung gebracht werden konnte. Nachdem er es so 10—12 Minuten gehalten hatte, trat eine merkwürdige Besserung aller übrigen Symptome ein. Zwar blieb die tonische Starrheit der Muskeln dieselbe, aber die chronischen Krämpfe wurden weniger häufig und weniger heftig, der Gesammtausdruck war etwas besser, und die Athmung fiel von 120 auf 70 in einer Minute. S. fühlte sich nun überzeugt, dass die Lagerung des Kindes auf die Hervorrufung der Krankheit einen bedeutenden Einfluss habe. Bei der Untersuchung des Kopfes fand er die Fontanellen, besonders die vordere, offen und sehr gross, die Kopfknochen nur locker zusammenhängend und den Hinterkopfsknochen so stark nach dem Gehirn zu hineingetrieben, dass längs der ganzen Lambdanaht die Ränder der Scheitelbeine um mehr als einen Viertelzoll über den Knochen hinüberragten. Das Kind wurde nun auf die Seite gelegt, und obwohl sich die Krämpfe minderten, so starb es doch am 25. Juli Abends nach 96stündiger Krankheit.

Die Besichtigung der Leiche ergab Folgendes: Keine Abmagerung, Antlitz ruhig, etwas kadaveröse Missfärbung des Rückens. Die vordere Fontanelle gross und dreieckig; die Kronennaht ganz und gar offen; die Pfeilnaht offen bis zu den Nasenbeinen; die Scheitelknochen etwas über das Stirnbein hinüberragend, und eben so längs der ganzen Lambdanaht auch das Hinterhauptsbein etwa $\frac{1}{4}$ Zoll deckend. Ein geringer Druck auf das Hinterhauptsbein trieb das Gehirn vorwärts und bewirkte eine beträchtliche Anschwellung der vorderen Fontanelle. Das Gehirn war im Innern ganz gesund, nur an der Oberfläche zeigte es,

besonders nach hinten zu, eine grosse Menge strotzender Venen. Längs des ganzen Rückenmarks zeigte sich geronnenes Blut, von dem es ganz umgeben war; die Rückenmarksvenen waren ebenfalls strotzend voll, Brust und Baucheingeweide gesund. — Der Verf. giebt nun eine anatomische Beschreibung aller der hier erwähnten Parthieen, was wir füglich übergehen können; darauf geht er zur Entwickelung seiner eigenen Ansichten über. Der Kopf, sagt er, wird durch die Geburtsanstrengung in dem Occipito-Frontaldurchmesser bis zur grösstmöglichsten Ausdehnung verlängert und folglich in seinem Vertikaldurchmesser ausserordentlich verkleinert; dies geschieht dadurch, dass die Scheitelbeine längs der ganzen Lambdanaht auf das Hinterhauptsbein zum Theil sich hinüberschieben. Der Rand dieses letzteren Knochens wird bei jeder Entbindung an der hinteren Fontanelle unter die Ränder der Scheitelbeine getrieben. Es giebt keine Ausnahme von dieser Regel. Da nun die Scheitelbeine seitlich zusammengedrückt werden, um den Biparietaldurchmesser zu verkleinern, so üben sie eine Art von Traktion auf das Hinterhauptsbein aus, wodurch es, abgesehen von der Kraft, die es von hinten hineintreibt, aufwärts in eine Linie gegen die vordere Fontanelle gezogen und dadurch eine Verkürzung des Vertikaldurchmessers bewirkt wird. Nach der Geburt erlangen die Knochen des Kopfes allmälig ihre gehörige Lage wieder; der Kopf verliert nach und nach seine verlängerte Form, sein Vertikaldurchmesser wird grösser; das Hinterhauptsbein schlüpft allmälig wieder hervor; das Stirnbein wird hervorragender, und der ganze Schädel bekommt diejenige ovale Form, die ein wohlgestalteter Menschenkopf zu haben pflegt. Nehmen wir nun an, sagt der Verf., dass der Kindeskopf nicht so vollständig verknöchert ist, um durch seine eigene Elastizität die richtige Form wieder zu erlangen, oder nehmen wir an, dass das Kind unklugerweise eine Zeitlang in der Rückenlage mit dem Kopf auf einer harten Matratze oder auf harten, faltigen, zusammengelegten Kleidungsstücken oder dergleichen erhalten wird, was wird die Folge sein? Das Hinterhauptsbein wird, statt seine frühere Lage wieder zu gewinnen, nach vorn unter die Ränder des Scheitelbeins getrieben werden, und da die ganze Schwere des Kopfes auf der *Protuberantia occipitis* ruht, so wird der Hinterhauptsknochen mehr nach oben getrieben. Dadurch wird mit der Zeit die ganze Gehirnmasse verschoben; das kleine Gehirn wird zwischen den *Fossae cerebelli* und dem Tentorium komprimirt, und so nach vorn gedrängt, dass es auf die *Medulla oblongata* drückt. Welches sind nun die Wirkungen dieses

langdauernden mechanischen Drucks und der eigenthümlichen Verschiebung? Die Zirkulation durch die Sinus und die Venen des Gehirns wird verzögert; die Kompression des kleinen Gehirns verstopft die Venen; der hintere Rand des *Foramen magnum* wirkt schnürend auf diejenigen Rückenmarksvenen, welche ihr Blut in die untern Venen des kleinen Gehirns entleeren; der Druck auf die *Medulla oblongata* wirkt verstopfend auf diejenigen Rückenmarksvenen, welche über vordere und seitliche Ränder des *Foramen magnum* nach vorn verlaufen, um sich in die *Sinus petrosi* zu entleeren, so dass die ganze Zirkulation des Rückenmarks in ihrem Zusammenhange mit der Zirkulation des Gehirns unterbrochen wird. Welches ist nun das Resultat dieser Konstriktion oder Art von Ligatur der Rückenmarksvenen? Nun, zuerst eine einfache venöse Kongestion innerhalb der Duramater des Rückenmarks, auf dieselbe Weise entstehend, wie bei einer Umschnürung des Arms behufs des Aderlasses die Venen der Hand und des Vorderarms anschwellen. Nach einer Weile wird das langgewundene Netzwerk der dünnen, zarten Rückenmarksvenen durch die fortdauernde Konstriktion überwunden; das Blut ergiesst sich innerhalb der Duramater des Rückenmarks und umhüllt letzteres gänzlich; dann ist die Krankheit so weit gekommen, dass wir in dem erwähnten Falle selbst durch Beseitigung der konstringirenden Ursache den tödtlichen Ausgang nicht mehr aufhalten können. Was ist aber der Grund, dass nicht sogleich, wie am Rande des *Foramen magnum* die Konstriktion begonnen hat, ein Blutaustritt stattfindet? Weil die Rückenmarksvenen durch Seitenzweige mit den grossen Spinalvenen, die ausserhalb der Duramater liegen, zusammenhängen, wodurch das Blut vermittelst ihrer Anastomosen mit den Vertebralvenen, Interkostalvenen, der *Vena azygos* und den Lumbar- und Sakralvenen in die allgemeine Zirkulation hineingeführt wird. Man lasse aber das Kind lange in der Rückenlage liegen, und auch diese seitliche Zirkulation wird endlich gestört. Durch die Wirkung der Schwere werden alle Spinalvenen angefüllt; es giebt keine *vis a tergo*, um das Blut horizontal vorwärts oder vielmehr, da das Kind auf dem Rücken liegt, perpendikulär aufwärts zu treiben; das Blut hört fast ganz auf zu fliessen, und zuletzt muss sich aus den überall gefüllten Venen das Blut in die Duramater ergiessen. Zum Schlusse erklärt sich der Verf. mit Bestimmtheit für den Satz, dass der Trismus der Neugeborenen mit allen seinen furchtbaren Nebenerscheinungen nichts weiter ist, als das

Resultat des Druckes auf das Rückenmark, und zwar durch die überfüllten und strotzend aufgequollenen Venen und durch das endlich aus ihnen ergossene Blut.

V. *Miszellen und Notizen.*

Zur Radikalheilung der Nabelbrüche bei Kindern schlägt Hr. **Chicoigne**, ein französischer Arzt, folgendes Verfahren vor: Das Kind werde entweder auf ein hartes Kissen oder auf die Kniee eines Gehülfen auf den Rücken gelagert; Kopf und Brust werden etwas erhöht und der Bruch wird vollständig zurückgebracht; dann erfasst man mit dem Daumen und Zeigefinger der einen Hand die den Bruch bedeckende Kutis und bildet daraus eine Längenfalte; nun reibe man mit den Fingern die Wandungen der Falten gegen einander, um sich zu überzeugen, ob nicht noch irgend etwas Netz oder Darm sich dazwischen befindet. Sobald man sich überzeugt hat, dass man die Falte allein in Händen hat, legt man auf jede Seite derselben, etwa ½ Linie vom Bauche entfernt, ein mit feiner Leinwand umwickeltes rundliches Stückchen Holz (jedes 12 Centimeter lang und 1 Centimeter dick) und befestigt diese mit einander, indem man sie mittelst eines gewächsten Fadens, den man an jedem Ende um sie wand, so eng als möglich aneinander zog. Der dadurch bewirkte, obgleich mässige Druck muss stark genug sein, um die Theile reduzirt und die Wandungen des Sackes in unmittelbarem Kontakt zu erhalten. Die Holzstäbchen müssen an ihren entsprechenden Seiten abgeflacht sein; eine doppelte Kompresse, bis zur mittleren Parthie gespalten, wird zwischen den Apparat und den Bauch des Kindes gelegt, um die Reizung zu vermeiden, welche das blosse Holz auf die Haut bewirken könnte; eine Binde um den Körper hält es ganz an seiner Stelle. Auch kann man, um Alles noch mehr zu befestigen, die Enden der Hölzer mittelst einiger Nadelstiche an die Leibbinde befestigen. Dieser so angelegte Apparat muss 6 — 8 Tage an seiner Stelle bleiben, damit eine Adhäsiventzündung eintreten und die Hautportion, die über den Apparat hinaus steht, absterben könne. Dann verbindet man einfach mit einfacher Salbe zweimal des Tages, und legt eine kleine Kompresse auf den Nabel und eine Leibbinde an. Diesen Verband muss man wenigstens 3 Monate

noch nach der Heilung fortsetzen; weil die Narbe früher nicht widerstrebend genug ist. Nach Verlauf von 2—3 Wochen ungefähr ist die kleine, aus der brandigen und zerstörten Haut entspringende Wunde geheilt. Die Kinder ertragen diesen Apparat sehr wohl; er belästigt sie nicht und stört sie nicht im Schlafe. In den ersten Tagen nach der Anwendung muss man den Apparat recht oft besichtigen, um nöthigerweise die Fäden noch enger anzuziehen. Ist der Verband gut angelegt, so verschiebt er sich nie. Der Autor sagt, er hat diesen Verband 5 Mal angewendet, und zwar jedesmal mit dem besten Erfolge; bei 2 Kindern hatte der Bruch die Grösse eines Hühnereies und bestand seit 13 Monaten, die 3 anderen Kinder waren 4 — 5 Monate alt. Bei allen diesen 5 Kindern hatte sich eine sehr widerstrebende Nabelnarbe gebildet, die bei einigen sich sogar etwas nach innen gezogen hat, wie bei der gewöhnlichen Nabelnarbe.

Alaun gegen Keuchhusten wird von dem Hrn. Golding Bird immer kräftiger als ein mächtiges Mittel empfohlen, wenn die bronchitische Periode vorüber ist. Er giebt einem Kinde von 1 — 10 Jahren den Alaun alle 4 — 6 Stunden zu 2 — 6 Gran. Er bedient sich folgender Formel:

℞ *Aluminis crudi* ℈j — iß,
Extract. Cicutae gr. x,
Syrup. Papav. Rhoead. ʒij,
Aq. Foenicul. ℥iij.
M. fiat potio. S. Kindern von 2 — 3 Jahren alle 6 Stunden 1 Esslöffel voll.

Hr. G. B. hat niemals auf dieses Mittel Verstopfung folgen sehen; im Gegentheil, es trat eher ein geringer Grad von Diarrhoe ein. In allen Fällen bewirkte das Mittel eine merkliche Abnahme des zähen Sekrets von der Schleimhaut der Bronchien, und der so anstrengende Husten verlor sich nach und nach gänzlich.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VII.] BERLIN, OKTOBER 1846. [HEFT 4.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Versuch einer ausführlichen diagnostischen Würdigung der einzelnen Symptome in der entzündlichen Hirnwassersucht der Kinder, von Dr. J. Bierbaum, prakt. Arzte zu Dorsten.

Vierter und letzter Artikel.

Ueber den diagnostischen Werth der einzelnen Symptome dieses Hirnleidens im dritten Stadium, in dem der Sekretion.

I. Kopfsymptome.

a) Stimmung der Psyche. Die grosse Verdriesslichkeit, Unruhe und Unzufriedenheit der Kinder, die im zweiten Stadium ihren grössten Höhepunkt erreichte, verwandelt sich jetzt in einen apathischen Zustand. Diese bald schneller, bald langsamer eintretende Umänderung der Psyche ist in diagnostischer Beziehung eben so wichtig als gleich auffallend. Nimmt man die Kinder aus der Wiege, so werden sie unwillig und zeigen ein Bestreben, den Kopf anzulehnen und ihn wieder ruhig hinlegen zu können. Die Apathie ist anhaltend und schwindet höchstens nur auf einige Augenblicke. Ein Kind wurde nach dem Erwachen aus dem soporösen Zustande munter, forderte zu essen und sang mit der Mutter. Diese glaubte nun schon ihre süssen Hoffnungen, ungeachtet aller meiner Gegenvorstellungen, in Erfüllung gegangen, überzeugte sich aber doch bald von der grossen Gefahr, in welcher das Kind schwebte. Rasch kehrte die Apathie und der Sopor zurück, und am vierten Tage nach diesem Vorgange erfolgte schon der Tod.

Gewöhnlich werden die Apathie, der Sopor, die Erweiterung der Pupillen, die Langsamkeit des Pulses und andere Zeichen einem Drucke zugeschrieben, der jedoch von jenem Drucke, den wir oben erwäh-

ten, seiner Natur nach wesentlich verschieden ist. In der Periode der Sekretion, wo die Symptomenreihe keinen Unterschied mehr macht, ob dieses Hirnleiden unter der einen oder anderen Form eingetreten ist, rührt der Druck von der Ablagerung eines Exsudats her, während er dagegen in den beiden ersteren Stadien der Krankheit auf einer Turgeszenz der Säftemasse beruht. Die Erfahrung lehrt allerdings, dass in der Mehrzahl der Fälle eine Ansammlung von seröser oder lymphatischer Flüssigkeit bald in den Ventrikeln, bald an irgend einer anderen Stelle des Gehirns vorhanden ist. Allein auf der anderen Seite weiset sie auch Fälle nach, wo sich keine Spur eines Exsudats vorfindet. Und dennoch beoabchtete man im Leben die bekannten Symptome des Druckes. Derartige Beobachtungen machte man namentlich bei Erweichung der Zentraltheile des Gehirns. Es ist aber höchst merkwürdig, dass die Erweichung ein anderes Mal ohne Zeichen von Druck und ohne andere Cerebralsymptome vorkam. Das Exsudat ist nicht selten so unbedeutend, dass man kaum begreift, wie es so auffallende Veränderungen in der Symptomenreihe hervorbringen könne. Viel hängt abrr ohne Zweifel von dem Sitze des ergossenen Fluidums ab. Auch ist wohl zu berücksichtigen, ob die Ablagerung desselben schnell oder nur allmälig geschehe. Im ersteren Falle wird schon eine kleine Menge Exsudat rasch die Symptome des Druckes herbeiführen, während in dem anderen diese Zeichen erst bei Ansammlung einer grösseren Quantität eintreten. Uebrigens gehört die Exsudation diesem Hirnleiden nicht allein an, sondern sie kommt auch in mehreren anderen Krankheiten, die nicht auf Entzündung des Gehirns oder seiner Hüllen beruhen, vor. Das Vorfinden eines Fluidums erlaubt daher, wie schon früher gesagt, noch nicht den Schluss, dass ein entzündlicher Krankheitsprozess vorausgegangen sei.

b) Kopfschmerz und Empfindlichkeit der äusseren Bedeckung. Klagen über Kopfschmerz, über den die Kinder sich früher so sehr beschwerten, hört man jetzt gar nicht mehr oder höchstens nur im Anfange dieser Periode. Diese Umänderung ist in diagnostischer Hinsicht wichtig. An eine krankhaft erhöhte Sensibilität des Hautsystems, wofern eine solche früher bestand, ist nicht mehr zu denken, da jede Berührung ohne alles Widerstreben ertragen wird. Die Kinder greifen aber noch nach dem Kopfe, wenn auch nur automatisch, und ziehen die kalten Fomente von demselben ab. Man beobachtet dies auch in der Apoplexie und Gehirnerschütterung, sowie in anderen Hirnleiden. Der Kopf kann sich nicht mehr aufrecht halten,

sondern fällt unwillkürlich von vorn nach hinten, oder von der einen Seite nach der anderen.

c) Schlaf, Schlummersucht, Betäubung und Schwindel. Ein anhaltend soporöser Zustand tritt an die Stelle der früheren, Schlummersucht. Die Kinder können zwar anfangs noch auf einen Augenblick geweckt werden, sie werden aber gleich wieder soporös. Ruhiger Schlaf fehlt, und über Schwindel wird nicht mehr geklagt. Jedoch verscheuchen die kalten Begiessungen, die eine schnelle, kräftige und höchst durchdringende Erregung und Belebung bewirken, nicht allein jene charakteristische tiefe Schlummersucht und Bewusstlosigkeit, sondern verursachen in günstigen Fällen auch Ruhe und Schlaf.

d) Delirien und Träume. Diese Symptome kommen kaum noch vor. Die Delirien bestehen gewöhnlich nur in dumpfem Murmeln von unverständlichen Worten, und sind stille, vorübergehende Phantasieen. Richtet man an die Kinder Fragen, so geben sie meistens keine Antwort oder höchstens nur im Anfange dieser Periode. Sie scheinen die Fragen nicht verstanden, sondern mit offenen Augen geträumt zu haben, und ihre Reden hangen nicht mehr recht zusammen.

e) Konvulsionen und Zähneknirschen. Die Konvulsionen gestalten sich meistens nur als Zuckungen im Gesicht, an den Armen oder an anderen Theilen. Häufig beobachtet man eine krampfhafte Kontraktion der Finger und Eingeschlagensein der Daumen in die Hohlhand. Bringt man sie aus dieser Lage heraus, so kehren sie schnell in dieselbe zurück. Zähneknirschen ist nicht selten. Gegen das Ende dieser Periode treten aber oft schon wirkliche Konvulsionen ein. Ein Mädchen, das zugleich am Keuchhusten litt, erschrak heftig, als die Wärterin unvorsichtiger Weise an die Wiege stiess. Gleich stellten sich Konvulsionen und Keuchhusten ein, der aber ungeachtet aller scheinbaren Anstrengung nicht durchgesetzt werden konnte, da die Konvulsionen die Ueberhand behielten. Während dieses grässlichen Kampfes war das Gesicht schrecklich verzerrt, kalter Schweiss brach aus und die Pupillen erweiterten sich enorm, zogen sich aber nach Beendigung des Anfalls wieder etwas zusammen. Ein solches Zusammentreffen von Konvulsionen und Keuchhusten wiederholte sich seitdem mehrmals. Zuweilen erreichen die Konvulsionen einen so hohen Grad von In- und Extensität, dass der Tod davon die Folge ist.

f) Nase, Augen und Ohren. Einen russigen Anflug an den Nasenflügeln und in der Nase selbst, wie er im Typhus vorkommt,

habe ich niemals beobachtet. Das Bohren in die Nase ist selten. Der Geruchsinn ist, wenn gleich schon sehr beeinträchtigt, noch nicht erloschen, da die Kinder über das Vorhalten von Substanzen, welche die Geruchsnerven stark affiziren, unwillig werden und mit den Händen um sich schlagen. In der Regel ist aber die Nase trocken; nur in einzelnen wenigen Fällen sah ich die Schleimabsonderung wiederkehren. Der Schleim ging beim Athmen in der Nase auf und ab und zeigte sich auch an der Oeffnung derselben. Jedoch stimmten mit der Rückkehr dieser Sekretion die übrigen Symptome nicht überein.

Das Herabsinken des Sehvermögens zu einem hohen Grade von Stumpfheit, so dass kaum noch, selbst auf die Einwirkung starker Lichtstrahlen, eine Reaktion erfolgt, gehört mit zu den charakteristischen Zeichen dieser Periode. Jedoch scheint die Berührung der Zilienspitzen noch einige Reizempfänglichkeit zu verrathen. Der Blick ist stier und die Hornhaut trübe, und die Sklerotika zeigt rothe Gefässbüschel. Oft öffnen die Kinder die Augen weit, als wollten sie einen Sehversuch machen, und schliessen sie dann wieder fest zu. Dieses Spiel wiederholen sie mehrmals, aber sie sehen nicht. Sie schielen, sehen doppelt und suchen die ihrem Auge vorgehaltenen Objekte an einer anderen Stelle, als wo sie wirklich sind, oder glauben sie entfernter und greifen fehl, wenn sie die Gegenstände mit ihren zitternden Händen fassen wollen. Das Schielen, welches nach Andral eine Art Arachnitis der Ventrikel andeutet, ist zwar ein sehr gefahrvolles, aber kein sicheres Zeichen von der Unheilbarkeit dieser Krankheit. Ein 7jähriger Knabe schielte stark und fing, als ich ihm meine Uhr zeigte, zu lachen an. Kalomel und Digitalis retteten ihn aber von seinem nahen Untergange. Die Sinnestäuschungen, sowie das Erlöschen des Sehvermögens, kommen auch in anderen Krankheiten vor. Ein 2 Jahre und einige Monate altes Mädchen, schwächlicher Konstitution, wurde plötzlich von heftigen Konvulsionen befallen, die drei Tage und Nächte mit kleinen Unterbrechungen andauerten. Sobald sie schwanden, trat Amaurose ein. Der Kopf und die Augen waren in beständiger Bewegung, und wurden in der grössten Eile von der einen Seite nach der anderen gewendet, gerade als wenn das Kind einen eben verlorenen Gegenstand mit Sorgfalt wiedersuchen wollte. Es sah aber in der That nicht und schloss auch das Auge nicht, wenn man immer auf dasselbe mit dem Finger losfuhr. Berührte man indessen die Spitze der Zilien, so bewegte das Kind gleich die Hand nach dem Auge, als wollte es den angebrachten Reiz entfernen. In

der Voraussetzung, dass Helminthen zu Grunde lägen, verordnete ich wurmwidrige Mittel und hob dadurch schnell alle Zufälle. Bei einem 12jährigen Knaben [1], der am *Typhus abdominalis* litt, sah ich Amaurose eintreten, so dass selbst die glänzendsten Gegenstände nicht einmal in der Nähe erkannt werden konnten. Obgleich die Blindheit mehrere Tage andauerte, so folgte dennoch Genesung. Auch in der hydrokephalusartigen Krankheit aus Erschöpfung kommt Schielen und Amaurose vor.

Was nun die Beschaffenheit der Pupillen angeht, so sind diese in der Mehrzahl der Fälle erweitert und nur ausnahmsweise zusammengezogen. Heim behauptet, dass erweiterte Pupillen nur da vorhanden seien, wo sich Wasser in den vorderen Hirnhöhlen befinde, dass die Pupillen dagegen ihre gewöhnliche Ausdehnung behielten, wenn die Wasseransammlung im kleinen Gehirn statthabe. Nicht immer sind aber beide Pupillen erweitert, sondern nur zuweilen die eine oder andere. In fünf Fällen, die Parent und Martinet mittheilen, war nur Dilatation einer Pupille vorhanden. In vier derselben fand sich Ergiessung in beiden Ventrikeln, im fünften aber nur im Ventrikel der entgegengesetzten Seite. In Fällen, wo beide Pupillen erweitert waren, fand man bald in dem einen, bald in beiden Ventrikeln Extravasat. Bei einem Mädchen, wo Dilatation beider Pupillen vorhanden war, die sich selbst noch am Tage vor dem Tode bei Annäherung des Lichtes in etwas kontrahirten, sah ich die Venen des Perikranium mit dunkelblauem Blute stark angefüllt und die Duramater an einzelnen Stellen fest mit dem Knochen verwachsen. Zugleich war diese Membran hier und da geröthet und ihre Struktur auffallend dick. Das Gehirn drang mit Gewalt hervor, als wenn es früher in der Schädelhöhle nicht Raum genug gehabt hätte, und fühlte sich fest an. Auf der Oberfläche desselben zeigten sich sehr entwickelte, mit hellrothem Blute injizirte Gefässe, und hatte sich eine mässige Quantität von blutigseröser Flüssigkeit angesammelt. Beide Seitenventrikel enthielten nur eine kleine Menge eines klaren und hellen Exsudats. Auf dem *Tentorium cerebelli* war eine blutige Masse abgelagert. Manchmal trifft man bei Erweiterung der Pupillen keinen Erguss an, während ein solcher beobachtet wird, wenn auch die Pupillen während des ganzen Verlaufes der Krankheit verengert waren. Treten Konvulsionen ein,

---

1) Hufeland's Journal der prakt. Heilkunde. Fortgesetzt von E. Osann. 1840, Stück V. Mai. S. 51.

so erweitern sich die Pupillen oft so sehr, dass man von der Iris nur noch einen schmalen Ring sieht. Nach dem Anfalle ziehen sie sich aber wieder enge zusammen. Unter diesen Verhältnissen scheint die Ergiessung mehr stossweise zu erfolgen. Ein 5jähriger Knabe [1]), der in Folge einer nicht sehr bedeutenden Verbrennung des Fusses an *Hydrocephalus acutissimus* litt, konnte kaum aus dem soporösen Zustande geweckt werden. Gelang es mir auf einen Augenblick, so äusserte er noch Bewusstsein. Gerade in diesem Momente erweiterten sich die Pupillen in einem solchen Grade, dass man kaum eine Spur von der Iris wahrnehmen konnte. Sobald aber der Sopor wieder eintrat, kontrahirten sich die Pupillen wieder. In seltenen Fällen behält die Iris bis zum letzten Augenblicke ihre Empfindlichkeit bei, und doch bestätigt die Leichenöffnung später die Richtigkeit der Diagnose. Ob die Erweiterung der Pupillen von dem Drucke der ergossenen Flüssigkeit auf die Sehnerven, oder aber von den Sehhügeln abhange, lassen wir dahingestellt. Bricheteau glaubt, dass die momentane oder die auf beiden Augen von einander verschiedene Dilatation nicht Folge der Ergiessung sei, sondern von anderen Ursachen herrühre. In diagnostischer Beziehung ist aber die Erweiterung der Pupillen ein um so werthvolleres Symptom, wenn sie erst der Verengerung folgt und andauernd ist, und zugleich mit Apathie, Sopor, langsamem Puls und anderen wichtigen Zeichen in Verbindung steht. Unter diesen Umständen kann sie nicht mehr täuschen. Die Dilatation der Pupillen in den beiden ersteren Stadien unterscheidet sich durch die gleichzeitig vorhandene Lichtscheu wesentlich von der Erweiterung derselben in dieser Periode, wo ein Erlöschen der Sehkraft eintritt.

Auch die Oszillationen der Iris, die wahrscheinlich auf einem konvulsivischen Zustande dieser Membran beruhen, werden gewöhnlich für ein sicheres Symptom der vorhandenen Ergiessung gehalten. Bei einem 13jährigen skrophulösen Knaben beobachtete ich sie in einem ganz ausgezeichneten Grade. Wo dieses Zeichen vorkommt, bekräftigt es die Diagnose. Allein es kann nicht nur fehlen, sondern es ist auch in der Apoplexie beobachtet worden. Zuweilen mag es auch übersehen werden. Merkwürdig ist es aber, dass die Iris, obgleich sie auf die Einwirkung selbst heller Lichtstrahlen entweder gar nicht mehr oder nur schwach reagirt, dennoch kräftige Oszillationen macht.

---

1) Med. Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen. Jahrg. IX. No. 8. S. 249.

Das Gehör hält sich seltsamer Weise von allen Sinnesorganen noch am längsten. Wenn man es aber sogar bis gegen das Ende der Krankheit krankhaft erhöht beobachtet haben will, so dürfte dies äusserst selten sein und eher auf Täuschung beruhen. Nur im Anfange dieser Periode, besonders wenn die Ablagerung des Exsudats langsam erfolgt, können die Kinder beim Anrufen noch kurze Antworten geben, später aber und bei rascher Bildung der Ergiessung haben sie ein stumpfes Gehör und verrathen keine Aufmerksamkeit mehr. Oeffnen sie auch zuweilen die Augen, so glaube man ja nicht, es geschehe auf unser Zurufen. Wiederholt man den Versuch, so überzeugt man sich leicht, dass sie nicht mehr hören. Das Bohren in den äusseren Gehörgang wird aber oft noch recht angelegentlich fortgesetzt.

g) Physiognomie. Finsterer Ernst mit dem Ausdrucke von Grimm und Duldsamkeit ist im Gesicht ausgesprochen. Hektische Röthe, die sich oft nur auf eine Wange beschränkt, wechselt mit Todtenblässe ab. Der Blick ist stier oder schielend. Die schrecklichen Verzerrungen des Gesichts, die beim Zusammentreffen des Keuchhustens mit wahren Konvulsionen eintreten, gewähren einen schaudervollen Anblick, rühren tief das Innerste des Herzens und erregen grosses Mitleid. Die Entstellung der Physiognomie während eines solchen Kampfes lässt sich kaum mit Worten schildern, man muss sie vielmehr in der Natur sehen, wenn man diese Züge nie wieder aus dem Gedächtnisse verlieren will.

II. Respirationssymptome.

Eine leise, kaum sicht- und hörbare Respiration wechselt mit immer lauterm, selbst schnaufendem Athemzügen, und wird durch tiefe, zitternde Seufzer unterbrochen. Schluchzen ist seltener als Stöhnen, und übelriechender Athem nur zufällig.

Das eigenthümliche Aufschreien mit gellender, kreischender Stimme kommt im Allgemeinen nicht mehr so häufig vor, ist aber noch nicht völlig verschwunden. Zuweilen tritt es erst in dieser Periode recht deutlich hervor. In einem Falle schien es mir grosse Aehnlichkeit mit dem Zankern eines jungen Hundes zu haben. Im Anfange stossen die Kinder oft noch ein sehr klägliches Geschrei aus, besonders wenn man sie reinigt und die Vesikatore verbindet, oder wenn man in die geschwollenen Submaxillardrüsen noch ferner Merkurialsalbe einreibt. Jedoch auch spontan tritt es ein. Ein Knabe gab noch zwei Tage

vor seinem Tode mehrmals ein erbärmliches Geschrei von sich und rief mit lauter Stimme: „O, mein Gott!" Später aber verliert sich dieser klägliche Ton.

Die Sprache hat den Nasenton und ist nicht mehr lallend. Antworten auf die gestellten Fragen werden meistens durch ein unverständliches Murmeln erwiedert, oder auch gar nicht. Gewöhnlich sind den Kindern schon vor dem Aussprechen mehrere Worte wieder entfallen. Es ist ein undeutliches Lallen oder Stammeln, wobei die einzelnen Sylben auffallend lang gezogen werden. Burserius legt auf die von Zeit zu Zeit eintretende und wieder verschwindende Aphonie, als ein wichtiges Zeichen der Exsudation, grossen Werth. So bedeutungsvoll aber dieses Symptom auch ist, so ist es doch dem in Rede stehenden Hirnleiden nicht ausschliesslich eigen. Auch im Typhus kommt Aphonie vor, die bei einer Person erst nach längerer Zeit wieder verschwand. Eben so tritt in der Wurmkrankheit zuweilen momentane Sprachlosigkeit ein.

III. Unterleibssymptome.

a) Zunge, Durst, Esslust und Erbrechen. Die Zunge, die man selten sehen kann, ist trocken und rein, hat aber oft ein mehr oder weniger rothes Aussehen, welches wohl vom Kalomel herrührt, oder aber in einem gleichzeitigen entzündlichen Leiden der Schleimhaut des Darmkanals seinen Grund hat. Nie habe ich einen schwärzlichen Anflug der Zunge, Lippen und Zähne beobachtet. Jedoch haben die trockenen, rissigen Lippen, an welchen die Kinder anfangs noch zerren, um die halb abgeblätterten Hautstückchen abzulösen, wohl eine bräunliche Farbe. Mit dem Munde werden oft verschiedenartige Bewegungen gemacht. So sperrte ein Knabe häufig den Mund weit auf, als hätte er einen Lufthunger, oder aber zog denselben so zusammen, als wollte er auf ein Instrument blasen.

Speisen und Getränke, nach welchen kein Verlangen mehr besteht, nehmen die Kinder nur automatisch, und oft mit einer solchen Hastigkeit, als wenn sie wahren Heisshunger hätten und ein wirkliches Naturbedürfniss befriedigen müssten. Diese Hastigkeit im Essen, die ich besonders recht auffallend bei einem 9jährigen Knaben sah, bei dem Delirien, Erweiterung der Pupillen, Schielen mit einem Auge vorhanden waren, scheint aber kein wahres Bedürfniss zu sein, sondern vielmehr auf einer eigenthümlichen Nervenstimmung zu beruhen. Der Geschmacksinn ist auch bereits so tief gesunken, dass die übel-

schmeckenden Speisen nicht mehr von den gutschmeckenden unterschieden werden können. Nur in den lichten Momenten wollen die Kinder oft noch etwas geniessen, und fordern auch wohl ihre Spielsachen. Die besorgten Eltern und selbst der Arzt, wenn er mit solchen trügerischen Auftritten nicht bekannt genug ist, machen sich dann süsse Hoffnungen, die aber selten in Erfüllung gehen. Schon nach wenigen Augenblicken erneuert sich mit verstärkter Kraft die frühere traurige Szene. Ein 7jähriger Knabe, der bereits länger als acht Tage an diesem Hirnleiden laborirte, wurde nach einem unvorsichtigen Wechseln der Bettwäsche von einem heftigen Froste, während dessen er über vermehrte Schmerzen in Stirn und Schläfen klagte, befallen. Bei eintretender Hitze wurde er wieder munterer und hatte Vergnügen an seinen Spielsachen. In der folgenden Nacht war er aber äusserst unruhig, schlief kaum eine halbe Stunde, klagte über Leibschmerzen und zog die unteren Extremitäten auf und ab. Den Finger bohrte er so lange in die Nase, bis ein kleiner Bluterguss folgte, und fuhr häufig mit der Hand theils nach den Genitalien, theils nach der Stirn und dem Hinterhaupte, wo er sich gern kratzen liess. In den Morgenstunden war das Befinden befriedigend. Kaum war aber eine halbe Stunde nach meinem Besuche verflossen, so gab der Knabe plötzlich ein lautes Geschrei von sich, klagte über fürchterlichen Kopfschmerz, fing an verwirrt zu sprechen, schloss die Augen halb, stöhnte und warf sich hin und her. Die Pupillen waren nun sehr erweitert, der Blick stier und der nach kurz vorher beschleunigte Puls langsam, kaum 60 Schläge in der Minute machend. Noch wenige Tage vor dem Tode, der unter Opisthotonus und Pleurosthotonus erfolgte, bekam der Knabe wieder völlige Besinnung; er erkannte seine Umgebung, fragte und antwortete richtig und verlangte seine Spielsachen.

Das Erbrechen hört in dieser Periode gewöhnlich auf, oder tritt doch wenigstens viel seltener ein. Jedoch beobachtet man noch ein Aufsteigen gegen den Hals und Niederschlucken. Auch wird die Zunge oft weit aus dem Munde hervorgestreckt. Nie habe ich aber ein Erbrechen fäulichter Massen gesehen.

b) Bauch, Stuhl und Urin. Der Bauch ist immer bedeutend eingefallen. Bei einem 9jährigen Mädchen war er derartig kollabirt, dass die falschen Rippen und die Beckenknochen weit hervorragten, und die Nabelgegend ein tiefes Konkav bildete. Die Wirbelsäule und die Pulsation der *Aorta abdominalis* waren deutlich durchzufühlen. Eine Empfindlichkeit der Bauchdecken ist nicht mehr vorhanden; nur

treten noch von Zeit zu Zeit, besonders vor den Stuhlentleerungen, kolikartige Schmerzen ein.

Die hartnäckige Stuhlverstopfung dauert fort. Die Stühle sind oft schleimig, wässerig, mit grünlichen Massen vermischt, oder Kalomelstühle. Durchfall, wenn er vorhanden ist, gehört, wie schon gesagt, nicht dieser Krankheit an, sondern rührt von anderen Ursachen her, oder er ist Folge der angewendeten Abführungsmittel.

Auch die Urinausleerung bleibt sparsam. Der Urin selbst ist bald hell und klar, bald hellgelb, und bildet in dem einen Falle ein starkes, schleimiges, in dem anderen ein weissliches, kleienartiges Sediment. Auch macht er oft gar keinen Bodensatz. Urin und Stuhl gehen unwillkürlich ab.

IV. Fiebersymptome.

a) **Fieber und Puls.** Das Fieber hat einen anhaltenden oder remittirenden Charakter. Der Puls verhält sich aber nicht immer gleich. Meistens ist er ausserordentlich langsam, oft nur 40—45 Schläge in der Minute machend, aussetzend oder doppelschlägig, zuweilen aber auch beschleunigt und regelmässig. So wie der Puls in individuellen Fällen hinsichtlich seiner Frequenz und seines Rhythmus wechselt, eben so wechselt er auch während der trügerischen Remissionen, die die Krankheit manchmal macht. Man findet den Puls dann etwas beschleunigt, wofern er früher langsam, und an Frequenz abgenommen, wenn er früher akzelerirt war. Ein langsamer und unregelmässiger Puls ist aber diesem Hirnleiden nicht ausschliesslich eigen, sondern kommt auch in anderen Krankheiten vor, die mit Exsudation in der Schädelhöhle verbunden sind, wie z. B. in der Apoplexie. Man beobachtet einen solchen Puls auch in manchen Leiden, wo gar kein Druck auf das Gehirn stattfindet. Dies ist der Fall in der Helminthiasis und Hysterie, bei Ohnmachten und asthenischen Fiebern und in anderen nervösen Affektionen. Bei einem 20jährigen jungen Manne, der an nervöser Hypochondrie litt, machte der Puls nur 35 Schläge in der Minute. Ein 11jähriges zartes Mädchen klagte über Schmerzen in der Stirn und im Unterleibe, besonders in der Nabelgegend, und wollte bei Berührung des Bauches eine gesteigerte Empfindlichkeit haben, verzog aber selbst bei tiefem Drucke keine Miene. Die Physiognomie war ruhig, mit dem Ausdrucke von Gleichgültigkeit, das Auge lichtscheu, die Pupille etwas zusammengezogen, der Blick schaamhaft. Pat. verdrehte während der Schlummersucht die Augen,

und führte eine leise, lispelnde, kaum verstehbare Sprache. Der Puls war bei nicht erhöhter Temperatur des Kopfes und des übrigen Körpers auffallend langsam, mässig gross, voll und weich, die Zunge rein und natürlich roth, der Stuhl träge, der Appetit verschwunden, aber weder Erbrechen noch Durst vorhanden, und der Urin sparsam, anfangs zwar hell und klar, später indessen als wenn er mit Blut vermischt wäre. Der Kopf konnte nicht aufrecht gehalten werden, und periodisch traten heftige Brustkrämpfe ein. Am vierten Tage der Behandlung erschienen erst starke Zuckungen an den Händen und darauf Konvulsionen des ganzen Körpers. Das Bewusstsein schwand, der Kopf fiel beim Aufrichten hin und her, die Augen standen starr und unbeweglich. Während des konvulsivischen Anfalles schien der Puls etwas frequenter zu sein, wenngleich er immer noch auffallend langsam war. Nach einem ruhigen Schlafe wurde er frequent, ohne jedoch fieberhaft zu sein. Pat. redete nun wieder in einer hellen und deutlichen Sprache, und war am folgenden Tage, wo zwei grosse Spulwürmer abgingen, von allen Zufällen befreit. Kehren wir nun zu der diagnostischen Bedeutung des Pulses zurück, so kann man das Langsamerwerden desselben, wenn er früher gereizt war, für ein wichtiges Zeichen der Exsudation halten, zumal wenn zugleich Apathie, soporöser Zustand und andere Symptome vorhanden sind. Wenn man aber behauptet, dass ohne diese Veränderung des Pulses die wirkliche Existenz dieses Hirnleidens bezweifelt werden müsse, so verstösst man gegen alle Erfahrung. In einzelnen Fällen behält der Puls seine Frequenz, und doch weiset die Sektion serösen Erguss nach. Gewöhnlich leitet man die Ursache des Langsamerwerdens des Pulses von dem Drucke her, den das Gehirn von dem Exsudate erleidet. Andere aber suchen den Grund davon in Erweichung der Hirnsubstanz. Beide Ansichten, besonders die erstere, haben zwar viel für sich, lassen jedoch auch nicht unwichtige Einreden zu. Abgesehen davon, dass der Puls nicht immer in dieser Periode langsam ist, obgleich die Leichenöffnung später ein Exsudat nachweiset, muss es auch auffallen, dass derselbe im letzten Stadium dieses Hirnleidens, wo doch der Druck fortdauert, wieder frequent wird. In jenen Krankheiten, wo das Exsudat fehlt, kann man die Langsamkeit des Pulses nicht füglich anders erklären, als dadurch, dass man einen verminderten Einfluss des Nervensystems überhaupt und des Gehirns insbesondere auf den Kreislauf annimmt.

b) Haut, Ausschlag, Lage, Bewegung und Schmerz der Glieder, Abmagerung. Die Haut ist trocken, jedoch [illegible]

zuweilen der Kopf stark aus, oder tritt ein allgemeiner Schweiss ein, der aber auf die Hirnzufälle nicht erleichternd einwirkt. Die Wärme der Haut dauert fort, obgleich der Kreislauf äusserst träge ist. In diesem Umstande will man schliessen, dass die Wärme nicht durch die Zirkulation des Blutes bedingt werde. Die Reizbarkeit der Haut schwindet. Die Vesikatore wirken daher nicht allein seltener und langsamer, sondern verursachen auch wenig Schmerz, wenn sie auch grosse Blasen gezogen haben. Nur beim Verbinden der Wunde äussern die Kinder anfangs noch Spuren von Empfindlichkeit. Die Handflächen und Finger, besonders die Spitzen, haben eine dunkle violettrothe Farbe und behalten sie bis zum Tode.

Frieselartige Eruptionen sind selten. Auch andere Exantheme kommen nicht oft vor. Ein 16 Monate altes, bisher gesundes und kräftiges Knäbchen wurde, nachdem es mit seiner am Scharlach darnieder liegenden Schwester in einer Stube geschlafen hatte, von einem hitzigen Fieber befallen. Das Kind war verdriesslich, der Appetit gestört, die Zunge weissgelblich belegt, der Durst vermehrt und anfangs gelinder Durchfall vorhanden. Beim Schlucken zeigte sich ein Hinderniss, und der Hals war äusserlich auf beiden Seiten der Mandeln geschwollen und bei der Berührung empfindlich. Die Respiration war schnarchend, und die Haut fühlte sich, besonders im Gesicht und an den Armen, rauh an. Der erwartete Scharlach kam aber nicht zum Ausbruch. Nur im Gesichte zeigten sich einzelne rothe Flecke. Es bildete sich dagegen das in Rede stehende Hirnleiden aus. Nach mehreren Tagen bemerkte ich am linken Vorderarm Abschuppung der Haut, und auf dem Kopfe, namentlich auf dem Hinterhaupte, einzeln und gruppenweise stehende, selbst auch konfluirende Pusteln von der Grösse einer Linse bis zu der einer dicken Erbse. Die Pusteln enthielten eine dicke gelbe Flüssigkeit, und waren mit Röthe und Geschwulst der Umgebung verbunden. Der Ausschlag, der bei leichtem Drucke platzte und starkes Jucken verursachte, brachte keine Erleichterung der Hirnzufälle.

Das Leben ist bereits zu tief ergriffen, als dass die Kinder noch aufsitzen, stehen oder gehen könnten. Sie liegen daher meistens auf dem Rücken, und wenden den Kopf nach der rechten Seite, während die Füsse nach der linken gedreht sind, und umgekehrt. In dieser Lage, die charakteristisch ist, setzen sie die Kniee in die Höhe und ziehen die eine oder beide Fersen gegen die Hinterbacken an, und schaukeln nun mit den Beinen hin und her. Manchmal spreizen sie

die unteren Extremitäten weit aus einander oder reiben sie stark gegen einander. Durch solche und andere Bewegungen schieben sie die Bedeckung mit den Füssen ab. Greifen nach dem Kopfe oder in die Luft und Zupfen an den Haaren oder Schlagen mit der Hand auf das Bett ist gar nicht selten. Ein 6jähriges Mädchen schlug häufig auf die Decke und kratzte an der Wand. Ein Jüngling, bei dem die Arachnitis rasch in Exsudation überging, steckte das Betttuch, Stroh und selbst die Finger in den Mund und biss darauf.

Die Abmagerung des Körpers hat beinahe den höchsten Grad erreicht. Die Kinder gleichen schon einem Skelette.

Fünfter oder letzter Artikel.

Ueber den diagnostischen Werth der einzelnen Symptome dieses Hirnleidens im vierten oder letzten Stadium, in dem der Konvulsionen und Lähmung.

I. Kopfsymptome.

Anhaltendes Koma, aus dem die Kinder nicht mehr aufgeweckt werden können, ist ein konstantes Symptom. Stilles Murmeln oder Lallen unartikulirter, nicht zusammenhangender Worte ist nicht selten. Die Kinder fahren automatisch mit der Hand nach dem Kopfe, besonders nach jener Stelle, wo das Exsudat sich befindet, wie man dies auch in anderen Hirnleiden, die mit einer serösen oder blutigen Ergiessung verbunden sind, beobachtet. Der Kopf liegt gewöhnlich auf der leidenden Seite. Wenn er in die entgegengesetzte Lage gebracht wird, entstehen leicht Konvulsionen. Kopiöser Schweiss trieft von Stirn und Gesicht. Ein Wechsel von hektischer Röthe und Leichenblässe fehlt nie. Das Gesicht ist selten ödematös aufgeschwollen, aber während der Konvulsionen oft grässlich entstellt.

Die Augen werden wild hin und her gerollt, oder aber haben ein stieres Aussehen. Das eine Auge steht oft noch halb offen, während das andere von dem bereits gelähmten oberen Lide schon völlig geschlossen ist. Die Hornhaut bedeckt ein eiterartiger Schleim, und aus den Augenwinkeln fliessen unwillkürlich Thränen und ein schleimiges Sekret, wodurch leichte Korrosionen entstehen. Oszillationen der Iris werden oft vermisst, Verlust des Gesichts und Gehörs aber fehlt nie. Wenn aber Whytt die Empfindlichkeit der Augen auf Augenblicke wiederkehren sah, so ist dies, wofern es nicht auf Täuschung beruht,

doch immer eine äusserst seltene Erscheinung. In der Regel sind die Pupillen erweitert, oft so sehr, dass man von der Iris nur einen kleinen Streifen sieht. In einzelnen seltenen Fällen aber ziehen sie sich in etwas wieder zusammen, wie ich dies bei einem Knaben sah. Nicht immer sind beide Pupillen dilatirt. Auch ist die Dilatation selbst auf einem und demselben Auge nicht stets gleichmässig, sondern zuweilen findet eine winklige oder eckige Verziehung der Pupillen statt. In einem Falle sah ich die Iris nach oben und innen beinahe völlig geschwunden, während von derselben nach rechts und links noch ein grösserer Theil vorhanden war. In einem anderen Falle kontrahirte sich die Pupille auf dem rechten Auge bedeutend, auf dem linken aber blieb sie dilatirt. Analoge Erscheinungen kommen auch in anderen Hirnleiden, in der Amaurose und Helminthiasis vor. So fand ich bei einem Knaben, der an Wurmkolik litt, die Pupille des linken Auges sehr erweitert, die des rechten Auges dagegen merklich zusammengezogen. Dieser Unterschied stellte sich um so deutlicher heraus, wenn man recht helle Lichtstrahlen auf die Iris einwirken liess. Ein junger Mann erlitt auf der Jagd einen Streifschuss längs dem linken Auge und Oberschenkel. In dem Augenblicke, wo der Schuss vorbeiging, spürte er in dem Schenkel einen so heftigen Schmerz, dass er an eine Läsion des Auges gar nicht dachte. Das obere Lid, in welchem ein Schrotkorn steckte, war gegen den äusseren Augenwinkel hin oberflächlich verletzt und erysipelatös geschwollen. Gleich nach dem Schusse trat auf dem linken Auge Amblyopie ein, und die Pupille war erweitert und verzogen. Wurde aber das rechte Auge zugehalten, so konnten die Gegenstände in der Nähe noch ziemlich erkannt werden, jedoch nicht in der Ferne. Sah Pat. mit beiden Augen, so schienen ihm die Objekte in Nebel gehüllt, und es kam ihm vor, als ginge er durch einen Nebel, und als sei sein Gang unsicher. Die Verziehung der Pupille verlor sich wieder, und das Sehvermögen stellte sich selbst in einem verfeinerten Grade wieder her. In einem Falle von rheumatischer Amblyopie [1]) waren beide Pupillen weder erweitert, noch zusammengezogen. Liess ich aber das gesunde Auge schliessen, so erweiterte sich sogleich die linke Pupille und bildete beinahe ein von innen und oben nach aussen und unten liegendes Oval. Diese Dilatation und Formveränderung schwand aber

---

1) Med. Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen. Jahrg. X. No. 1. S. 25. 26.

augenblicklich wieder, sobald das andere Auge geöffnet wurde, und beide Pupillen waren sich dann wieder hinsichtlich des Lumens und der Stellung vollkommen gleich.

Die Konvulsionen und die Lähmung sind charakteristisch und gehören diesem Stadium eigenthümlich an, während die Konvulsionen in den anderen Perioden, wie bereits oben gesagt, nur zufällig sind. Von den leichtesten Zuckungen kommt es selbst bis zum Opisthotonus und Pleurosthotonus. Ich habe gesehen, dass der Kopf mit der grössten Gewalt rückwärts gezogen wurde, und der Hals dabei einen ungeheuren Vorsprung machte. Der Rücken war ausgehöhlt, und die Brust stark nach vorn und seitwärts über gebeugt, und die rechte Schulter stand niedriger als die linke. Dass die Konvulsionen aber in diesem Hirnleiden immer nur eine Seite befallen, während sie in anderen Krankheiten beide Seiten ergreifen, stimmt mit der Erfahrung, wie auch schon gesagt, nicht überein. Jedoch findet man nicht selten, dass die eine Seite schon gelähmt ist, und auf der anderen die Konvulsionen noch fortdauern. Flockenlesen und Sehnenhüpfen, die im Typhus häufig sind, kommen in diesem Hirnleiden selten vor.

II. Respirationssymptome.

Die Respiration ist in dieser Periode stets beschleunigt und schnell, aber unregelmässig, schnaufend und sterkorös. Auch hört man starkes Schleimrasseln und Röcheln. Uebelriechender Athem fehlt. Zuweilen wird noch von den Kindern ein durchdringendes, tief erschütterndes Jammergeschrei ausgestossen. Die Stimme ist heiser, auch wohl Aphonie vorhanden.

III. Unterleibssymptome.

Eine schwarze Farbe der Zunge oder rothe Flecke auf derselben und Aphthen habe ich nie beobachtet. Der Geschmackssinn ist völlig erloschen, und die Schlingorgane sind gelähmt. Die Speisen und Getränke laufen daher unwillkürlich wieder aus dem Munde heraus, und verursachen leicht Husten und Erstickungsgefahr. Tritt noch Erbrechen ein, so rührt dieses von den in die Stimmritze gelangten Flüssigkeiten her. Der Kollapsus des Bauches, sowie die hartnäckige Stuhlverstopfung, dauern fort. Auch der Urin bleibt sparsam, wird aber oft wegen Unempfindlichkeit der Blase zurückgehalten. Die Ausleerungen erfolgen unwillkürlich.

IV. Fiebersymptome.

Das Fieber, welches den kleinen Rest der Kräfte völlig aufreibt, fehlt nie, hat aber einen anderen Charakter angenommen und ist hektischer Natur. Die Haut fühlt sich brennend heiss an, und wird mit profusem, unnützem Schweisse bedeckt. Der Puls ist immer beschleunigt, aber klein, schwach, aussetzend, unregelmässig und zuletzt kaum fühlbar. Merkwürdig ist es, dass der Einfluss des Gehirns und Nervensystems auf die Blutgefässe, der bereits in dem Stadium der Sekretion schon so tief gesunken war, auf's Neue wieder stärker hervortritt. Die Natur scheint wohl noch einmal alle ihre Kräfte aufbieten zu wollen, um siegreich den schweren Kampf zu bestehen; allein sie erschöpft sich in ihren Bemühungen und muss unterliegen. Der Kranke ist unrettbar verloren.

Ueberblick der werthvollsten Symptome dieses Hirnleidens in den verschiedenen Stadien.

Erstes Stadium, das der Vorboten.

Nachdem wir die einzelnen Symptome dieses Hirnleidens in diagnostischer Beziehung näher gewürdigt haben, wollen wir ein Resumé derjenigen Zeichen, welche sich als die werthvollsten zur Begründung einer sicheren Diagnose herausstellten, folgen lassen. Die Symptome sind zwar in dem ersten Stadium nicht charakteristisch genug, um diese Krankheit, namentlich die schleichende Form, in ihrer ersten Entwickelung mit Gewissheit zu erkennen; allein die Verbindung von mehreren Symptomen lässt doch mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Ausbruch dieses Hirnleidens schliessen. Als solche Hauptkennzeichen verdienen folgende genannt zu werden:

„Verlust der blühenden Gesichtsfarbe ohne bekannten Grund; verdriessliches, mürrisches Wesen; unruhiger, mit Aufschrecken und Träumen verbundener Schlaf; Spuren von Schlummeranfällen; Kopfschmerz, Schwindel, Abneigung vor starken Bewegungen und vorübergehende Betäubung bei Erschütterungen; Digestionsstörungen, verminderter Appetit, Ekel, Neigung zum Erbrechen und wirkliches Erbrechen; träger Stuhl oder hartnäckige Verstopfung und sparsame Urinabsonderung mit oder ohne Bodensatz; eigenthümlicher, in einzelnen Schlägen schleppender, aussetzender oder in einander überlaufender Puls; schwankender, taumelnder, holperiger Gang."

Zweites Stadium, das der Irritation.

So unsicher und trüglich auch die Symptome des ersten Stadiums sind, so charakteristisch sind sie in der zweiten Periode dieser Krankheit. Sie lassen uns hier nicht mehr in dunkeln Muthmaassungen, sondern geben uns eine derartige Gewissheit, dass wir an dem wirklichen Vorhandensein dieses Hirnleidens keinen Augenblick mehr zweifeln dürfen. Die Hauptkennzeichen dieses Stadiums sind nun folgende:

„Gesteigertes mürrisches Wesen; heftiger Kopfschmerz, der Stirn und Schläfe einnimmt oder sich über das Hinterhaupt ausbreitet, empfindlich auf die Augen drückt und zu lauten Klagen oder stillem Wimmern Anlass giebt; deutliche, mehr oder minder starke Kongestionen gegen den Kopf; Greifen nach dem Kopfe; unruhiger, nicht erquickender, durch öfteres Auffahren, ängstliche Träume und Delirien unterbrochener Schlaf; Schlummersucht; trockenes Hüsteln, sowohl spontan, als auch bei Bewegungen des Kopfes; Röthe mit Blässe des Gesichts abwechselnd; eigenthümliche Physiognomie mit ernsten, finsteren, ein tiefes inneres Leiden ausdrückenden Zügen; Trockensein der Nase und des äusseren Gehörganges und Schwinden der Thränen; Lichtscheu und Drehen der Augen nach oben; Unterbrechung einer ruhigen Respiration durch tiefe, zitternde, stöhnende oder seufzerartige Athemzüge; plötzliches, kreischendes, durchdringendes, gellendes, langgezogenes Aufschreien; wiederholtes, spontan und bei Bewegungen und Erschütterungen des Kopfes oder nach dem jedesmaligen Genusse von Speisen und Getränken eintretendes Erbrechen, das sich in ruhiger Lage wieder stillt; hartnäckige, nur durch grosse Gaben von Abführmitteln zu hebende Verstopfung; äusserst sparsame Urinausleerung; Kollapsus des Bauches; unsicherer, strauchelnder Gang; bemerkbare Abmagerung des ganzen Körpers."

Drittes Stadium, das der Sekretion.

Die bedeutungsvollsten Symptome sind in diesem Stadium folgende:

„Apathischer Zustand statt der früheren Unruhe und Verdriesslichkeit; anhaltender Sopor, aus welchem die Kinder nicht leicht geweckt werden können; schwaches Bewusstsein; Unempfindlichkeit gegen das Licht; halb offene Augen mit aufwärts gekehrter Hornhaut; Erweiterung der Pupillen; stierer Blick; Schielen und Verdrehen der Augen; Tiefgesunkensein der Sensibilität; leise, kaum sicht- und hör-

bare Respiration, die von lauteren, tiefen Athemzügen und zitternden Seufzern unterbrochen wird; hartnäckige Verstopfung und sparsame Urinausleerung; unwillkürlicher Abgang der Sekretionen; Kollapsus des Unterleibes; ernste, finstere Physiognomie; langsames Schlagen des Pulses; passive Lage mit in die Höhe gerichteten Knieen, die schaukelnde Bewegungen machen; grosse Abmagerung."

Viertes Stadium, das der Konvulsionen und Lähmung.

Die werthvollsten Symptome im vierten und letzten Stadium dieses Hirnleidens sind endlich folgende:

„Anhaltendes Koma, aus dem die Kinder nicht mehr erwachen; Murmeln von unverständlichen, nicht zusammenhangenden Worten; Verlust des Gehörs und Sehvermögens; höchster Grad von Stumpfsinn; eiterartiger Ueberzug über die Augen; unwillkürliches Thränenträufeln; Lähmung der Schlingwerkzeuge und einzelner oder mehrerer Glieder; topische und allgemeine Konvulsionen; hektische Röthe der Wangen; hektisches Fieber mit beschleunigten, unregelmässigen, schwachen, fadenförmigen Pulsen; schnaufende, stertoröse Respiration; profuse Schweisse; unwillkürlicher Abgang der Exkremente; höchster Grad von Schwäche und Abmagerung."

Beschreibung einer Scharlach-Epidemie, die in den Monaten Februar, März und April 1846 in Quaritz (Kr. Glogau) und Umgegend geherrscht hat, von Dr. Posner in Quaritz.

Der sehr milde Winter von $18\frac{45}{46}$, der oft Temperaturgrade von + 14 bis 16 ° Réaumur brachte, und die Pflanzenvegetation aufs höchlichste beförderte, liess mich, nach anderen ähnlichen Beobachtungen, das muthmaassliche Eintreten einer exanthematischen Epidemie vorhersagen [1]).

Die Ende Januar schon ihren Anfang nehmende Epidemie hatte insofern einen gutartigen Charakter, als von ihr, mit Ausnahme eines einzigen, durch Nachlässigkeit herbeigeführten Todesfalles, kein weiteres Todesopfer gefordert wurde, wenn auch in mehreren Fällen die Krankheitserscheinungen einen sehr hohen Grad erreicht hatten.

---

1) In einem früheren Aufsatze, Beschreibung einer Masern-Epidemie, habe ich meine desfallsigen Ansichten hierüber kurz dargelegt.

Die Epidemie hatte nur Kinder, und zwar meist bis zum Alter von 11 Jahren, ergriffen; Erwachsene wurden von ihr gar nicht befallen. Wenigstens $\frac{3}{4}$ der Kinder, und zwar mehr Mädchen als Knaben, hatten die Krankheit zu überstehen, die bei den meisten so milde verlief, dass ein nur zweckmässiges Verhalten hinreichte, dieselbe glücklich vorüberzuführen.

Mir sind nur 15 Fälle zur Behandlung gekommen, und eben so viel einem wundärztlichen Kollegen, so dass von etwa 150 Kindern, die der Krankheit unterworfen waren, nur $\frac{1}{10}$ der ärztlichen Behandlung bedurfte. In dieser Epidemie hatte ich Gelegenheit, deutlich zu erkennen, dass die Rötheln eher der Scharlachform angehören, als den Morbillis oder einer anderen ähnlichen exanthematischen Form. In vier Fällen war die Form des Exanthems deutlich unterscheidbar nur die der Rötheln (*Rubeolae*).

Es waren deutlich rothe Flecke, kleiner als die der Masern, von regelmässiger, rundlicher Form; sie standen ziemlich dicht neben einander, doch waren die weissen Zwischenspatien deutlich zu unterscheiden, auch behielten die Flecke in der Regel unverändert ihre Farbe, wenn man sie auch leise mit dem Finger drückte. Im Uebrigen aber waren die pathagnomonischen Symptome ganz dieselben, wie beim Scharlach, und in zwei, und zwar den ersten Fällen, lehrte mich die Nachkrankheit, da ich in Zweifel gerathen war, ob ich es mit einem einfachen Röthelnexanthem, oder einem der Skarlatina angehörigen zu thun hatte, dass das Letztere der Fall war, da in beiden Fällen eine Hautwassersucht, im ersten Falle eine partielle, im anderen Falle eine allgemeine, sogar mit Askites gepaarte, als *Morbus secundarius* aufgetreten war. Die anginösen Symptome waren objektiv ziemlich bedeutend, während sie subjektiv weniger heftig waren. Die wahrnehmbare Röthe und Anschwellung der Tonsillen, der Uvula und der Gaumenbogen war nicht gering, und doch hatten die Kinder, was häufig zu geschehen pflegt, nicht allzuheftigen Schmerz, und konnten, unter einer ziemlich geringen Schwierigkeit, Flüssigkeiten schlingen.

Die einfache erethische Form war die häufigste, und nur in einem Falle nahm sie einen hohen Grad der Entzündlichkeit an, die ein streng antiphlogistisches Verfahren nöthig machte.

Die ödematösen Nachkrankheiten kamen in den von mir beobachteten Fällen nur nach einer vorausgegangenen Erkältung vor, während bei fortgesetztem zweckmässigen Verhalten, d. h. bei einem im Anfang und in der Blüthe der Krankheit mehr kühlen, nur in der Desquama-

tionsperiode etwas wärmeren, aber nur nicht heissen Verhalten, Nachkrankheiten verhindert wurden.

Ob also, je nach dem Charakter der Epidemie, solche *Morbi secundarii* auch bei dem zweckmässigsten Verhalten erfolgen können, oder ob sie nur Folgen schlechten, oft vielleicht ganz unbeachteten und in die Wahrnehmung springenden Verhaltens seien, muss ich dahingestellt bleiben lassen, da ich auch selbst schon die Erfahrung gemacht habe, dass bei einem scheinbar höchst zweckmässigen und guten Verhalten die gefährliche Nachkrankheit nicht verhütet werden konnte.

Drüsenanschwellungen beobachtete ich bei zwei Kindern, die aber auch von der *Diathesis scrophulosa* nicht freigesprochen werden konnten, sonstige Metastasen aber sind nicht vorgekommen.

Vorläufer des Exanthems waren meistentheils Mattigkeit und Abgeschlagenheit der Glieder, Kopfschmerz, Unbehaglichkeit und Frösteln; die anginösen Erscheinungen traten immer erst mit dem Ausbruch des Exanthems oder während der Dauer desselben auf, sehr selten gehörten dieselben zu den Prodromen. Eine sogenannte *Angina scarlatinosa sine scarlatina* ist mir nicht zur Beobachtung gekommen, wohl aber sind mir einzelne Fälle vorgekommen, wo Kinder, die mit Scharlachkranken in Berührung gewesen waren, von fieberhaften Erscheinungen, von bedeutender Hitze mit härtlichem, gespanntem, sehr häufigem Pulse, hochrothem Urin, kurzem Athem u. s. w. u. s. w. heimgesucht worden sind, ohne dass das Exanthem zum Ausbruch gelangte, so dass nur die anginösen Erscheinungen — die aber weder objektiv wahrzunehmen waren, noch subjektiv angeklagt wurden — fehlten, um die sogenannte *Febris scarlatinosa sine scarlatina* darzustellen.

Die Dauer des Krankheitsverlaufes war, je nach der Konstitution und dem Alter des Kranken, verschieden, namentlich zog sich in zwei Fällen das *Stadium prodromorum* sehr in die Länge, indem es in diesen beiden betroffenen Individuen einen Zeitraum von fast 3 Wochen (genau 18 Tage) unter fieberhaften und katarrhalischen Erscheinungen einschloss; eben so war das Stadium der Nachkrankheiten, wo diese auftraten, von unbestimmter Dauer. Die längste Zeit des *Stadii prodromorum* war 18 Tage, die kürzeste 1 Tag; durchschnittlich dauerte dieses Stadium zwischen 3 und 6 Tagen. Das Stadium der Nachkrankheiten hatte zur längsten Dauer 6 Wochen, zur kürzesten 14 Tage; durchschnittlich also zwischen 18 und 21 Tagen.

Das Stadium der Eruption des Exanthems war meist kurz, und dauerte nur in einem einzigen Falle 3 Tage, wo es in verschiedenen Absätzen ausbrach, so dass das Exanthem im Gesicht schon erbleichte, während es an den Extremitäten und einem Theile des Rumpfes noch in voller Blüthe stand. Sonst aber hatte dieses Stadium seinen gewöhnlichen Verlauf, d. h. es war im Zeitraum von 24 Stunden vollendet, nur bei einem Mädchen von 4 Jahren, demselben, wo sämmtliche Erscheinungen den Charakter der Phlogose an sich trugen, geschah der Ausbruch des Exanthems *uno tenore*, gleichsam mit einem Schlage, und war in dem Zeitraume von wenigen Stunden über den ganzen Körper verbreitet. — Ich sah es sich von Gesicht, Hals und Brust schnell über die übrige Körperfläche verbreiten.

Die Dauer der Efflorezenz war ziemlich gleich zwischen 3 und 5 Tagen, unter gleicher Fortdauer des ursprünglichen Fiebers. Als merkwürdig erschien mir, dass in den meisten Fällen die Farbe des Exanthems am Morgen heller und weniger intensiv, also blasser war, als am Abend, wo bei der gleichzeitigen Exazerbation des Fiebers auch die Scharlachröthe dunkler und intensiver war. Das Stadium der Desquamation war, seinem Beginne nach, ebenfalls ziemlich konstant, der Dauer nach aber unbestimmt. Es begann die Abschuppung meist am sechsten oder achten Tage, nachdem das Exanthem zur Vollendung gelangt war; es geschah dieselbe grösstentheils, nach vorhergegangenem Hautjucken, in kleinen Hautpartikelchen; grössere Stücke der Haut habe ich nur wenige sehen und abziehen können. Die Desquamation beschränkte sich meist nur auf die Epidermis; Nägel und Haare blieben unverändert, mit Ausnahme zweier Kranken, die zum kleinen Theil auch die Haare verloren, die aber nach vollständiger Genesung wieder um so kräftiger wuchsen. Wenn keine sonstigen Nachkrankheiten den Fall in die Länge zogen, so war in der Regel die Desquamation in 14 Tagen, höchstens 3 Wochen vollendet, so dass mit dem Ende der fünften Woche, vom Anfange der Krankheit an gerechnet, der Kranke als genesen betrachtet werden konnte, wo dann die sechste Woche nur, der Vorsicht wegen, als Stadium der Konvaleszenz zugegeben werden durfte. — Waren aber Nachkrankheiten eingetreten, so war der Zeitpunkt der Genesung erst mit der achten Woche erreicht.

Asthenische und putride Fälle des Exanthems sind in dieser Epidemie nicht vorgekommen, auch ist das sogenannte bösartige Scharlachfriesel nicht zur Erscheinung gekommen, wohl aber ein gutartiges.

Die Epidemie ist demnach unter einer dreifachen Form aufgetreten:

1) Die einfache und gewöhnliche Form, wo die Scharlachröthe der Haut mit den anginösen Erscheinungen verbunden war.
2) Einzelne Fälle, wo blosses Fieber, ohne augenfällige Angina und ohne Scharlachröthe der Haut sich zeigte; und
3) unter der Form der Rubeolae, anstatt der allgemeinen erysipelatösen Scharlachröthe, mit den anginösen und sekundären Erscheinungen und Folgen des Scharlachs.

Auch aus dem Verlaufe dieser Epidemie habe ich nicht zur völligen Gewissheit und Klarheit gelangen können, ob ihrer Entstehung und Verbreitung eine wirkliche Ansteckung, ein Kontagium zu Grunde liege, oder ob sie nur von miasmatisch-epidemischen Verhältnissen bedingt sei. Ich möchte mich eher zur letzteren Ansicht hinneigen, als zur ersteren, da ich in mehreren Familien die Beobachtung gemacht habe, dass Kinder von sehr zarter Konstitution, feiner, reizbarer, leicht empfänglicher Haut, trotz der innigsten Berührung mit ihren am Scharlach krank daniederliegenden Geschwistern, von der Krankheit frei geblieben sind, wo die Annahme weniger naturgemäss erscheint, dass sie keine Empfänglichkeit für's Kontagium gehabt haben, als die, dass die miasmatisch-epidemischen Einflüsse gerade in ihnen bei ihrer zarten Konstitution u. s. w. nicht den rechten Boden gefunden haben, um das Exanthem zu erzeugen. — Jedoch will ich keineswegs in Abrede stellen, dass auch ein Kontagium sich heranbilden und seinen unbestrittenen Einfluss ausüben könne. — Dies ist überhaupt ein Feld, wo wir noch gar sehr im Dunkeln tappen, wo wir ganz besonders des Satzes eingedenk werden: „In's Innere der Natur dringt kein erschaffner Geist."

Was die Behandlung betraf, so war die einfachste exspektative, gelind reizmildernde im Allgemeinen die sicherste und beste. Nur in einzelnen Fällen war eine etwas strengere Antiphlogose, als welche sich Kalomel mit Digitalis bewährte, nöthig. Die hydropischen Nachkrankheiten dagegen forderten einen länger fortgesetzten Gebrauch diuretischer Arzneien, wo sich mir die Digitalis im Infusum, abwechselnd oder auch verbunden mit der Senega und dem *Liquor Kali acetici*, oder mit dem reinen *Kali aceticum*, oder als Saturation am heilbringendsten erwies. — Die meisten der vorgekommenen Fälle bedurften weder eines Arztes, noch der Arzneien.

Zur näheren Kenntniss der Epidemie werde ich drei Fälle, die gleichsam als Repräsentanten der Epidemie figurirten und die Merkmale ganz charakteristisch und prägnant darboten, hervorheben und sie mit einiger Ausführlichkeit erzählen.

Erster Fall. In der Familie des Feldwebels G. ward ich im Laufe des Monats Januar wegen eines heftigen katarrhalischen Hustens dreier Kinder um Rath gefragt. Die beiden Mädchen, von 5½ und 4 Jahren, sahen blass und angegriffen aus, namentlich klagte das älteste Mädchen von 5½ Jahren, Namens Anna, ein schwächliches, graziles, mit der skrophulösen Diathese begabtes Kind, über Mattigkeit, Schwere im Kopfe und in den Füssen, war sehr ungeduldig, weinte oft und viel und zeigte einen deutlich fieberhaften Puls. Der Husten war lose, beschwerte aber dennoch die Kranke sehr, indem er ihr Brustschmerzen verursachte und den Athem etwas behinderte. Die jüngere Schwester Bertha dagegen, von 4 Jahren, mit einem vollsaftigen, kräftigen, sonst blühenden Körper ausgerüstet, hatte zwar einen rauh tönenden Husten, bedeutende Heiserkeit und fast Tonlosigkeit, war aber fast gänzlich fieberfrei und sonst munter in ihren Spielen und ihrem sonstigen Thun. Der älteste Bruder beider, Namens Richard, 8 Jahre alt, ein mageres, schlankes, schwächliches Bürschchen, mit vielen Spuren und Zeichen der Skropheln und Skrophelgeschwüre, gegen die er schon eine Menge innerlicher und äusserer Arzneien gebraucht hatte, war vom Husten, der bellend und rauh und mit einem bedeutenden Katarrh der Nase verbunden war, am heftigsten heimgesucht, zeigte aber dabei keine Spur von Fieber, war munter, hatte richtigen Appetit and Geschmack, überhaupt ganz normale Funktionen, und ging sogar in die Schule.

Den Knaben liess ich die Hufeland'sche Mixtur brauchen (aus ℥j *Aq. Foeniculi*, ʒj *Extr. Cardui Benedict.*, ℈j *Extr. Dulcamar.* und ʒj *Aq. Laurocer.* mit ℥β *Syrup. Alth.* Der kleinen Bertha verordnete ich ein Säftchen aus *Syrup. Alth.* ℥j mit *Aq. Laurocer.* ʒβ. Dem ältesten Mädchen dagegen gab ich eine Fiebermixtur aus *Inf. Specier. pectoral.* ℥iv mit ℈j *Ammon. muriat. depur.*, und ʒj *Kali carb. acid.* mit *Acid. citric.* saturirt und ℥β *Syrup. Alth.* — Auf den Gebrauch dieser Arzneien milderte sich bei allen drei Kindern der Husten, nur wollte bei der Anna das Fieber nicht weichen, obwohl sich auch dieses ein wenig gebessert hatte. So vergingen fast 3 Wochen, als ich am 29. Januar gerufen wurde, um einmal Anna

zu sehen, die einen kleinen Ausschlag im Gesicht bekommen hätte. — Als ich hinkam, fand ich das Mädchen im Fieber und mit einem aus kleinen rothen Flecken bestehenden Exanthem bedeckt; die Flecken waren nicht linsen- oder halbmondförmig, wie bei den Masern, sondern es waren vielmehr runde Flecke mit einer von der Peripherie nach dem Zentrum sich erstreckenden Röthe, die ziemlich dicht neben einander standen und an einzelnen Stellen auch die zwischenliegende Haut geröthet zeigten, an andern jedoch die freie weisse Haut wahrnehmen liessen.

Da das Kind auch über Schlingbeschwerden klagte, so untersuchte ich den Rachen, und fand die Mandeln, die Uvula und den weichen Gaumen angeschwollen und lebhaft geröthet, die Zunge schwach weiss belegt und an der Wurzel mit verlängerten Papillen versehen.

Der Puls war häufig, schnell, mässig hart und voll, überhaupt sehr gereizt, der Athem heiss und kurz, der Husten minder heftig und häufig, als vor dem Ausbruch des Exanthems. Der Urin sah flammend aus und wurde nur sehr spärlich gelassen.

Ich verordnete eine Mixtur, ein *Inf. Altheae* ℥iv, *Natr. nitric.* ʒß, *Kali citrat.* ℥ß, *Aq. Laurocer.* ʒj und *Syrup. Alth.* ʒvj. Der Röthelausschlag war deutlich, und ich glaubte, da dies der erste Fall war, den ich von der begonnenen Epidemie sah, dass es auch eine allgemeine Röthelepidemie sein werde, und wollte den Versicherungen meines Kollegen, der das von ihm gesehene Exanthem für Scharlach hielt, nicht Glauben schenken, bis ich mich dann selber davon überzeugt hatte.

Das Exanthem verlief ziemlich normal, das Fieber dauerte zwar fort, machte aber seine deutlichen abendlichen Exazerbationen und morgenlichen Remissionen, in welchen ersteren das Exanthem in voller Blüthe sich zeigte, in letzteren aber unreiner und undeutlicher. Am vierten Tage hatte das Fieber bedeutend nachgelassen, und ich konnte deshalb das *Natrum nitric.* weglassen.

Gegen den siebenten Tag erbleichte das Exanthem immer mehr und mehr, und gegen den achten konnte man schon die deutliche Abschuppung wahrnehmen. Mit dem Beginne der Desquamation liess auch das Fieber nach, die anginösen Erscheinungen verschwanden, nur der Husten, zu dem die Kranke stets grosse Neigung gezeigt hatte, dauerte in mässigem Grade fort. Als das Ende der dritten Woche herbeigekommen und kein weiteres bedenkliches Symptom zu bemerken war,

besuchte ich die Kranke seltener und überliess den Eltern die fernere Pflege. In der Mitte der vierten Woche besuchte ich sie einmal wieder, fand das Kind ausserhalb des Bettes munter spielend und hüpfend. Nur wunderte ich mich, das Gesicht desselben gedunsen und bleich zu finden. Weil das Kind aber heiter und wohlgemuth war, die Mutter mir auch den Appetit der Kranken und die Normalität der übrigen Funktionen lobte, beachtete ich diese unbedeutend scheinende Gedunsenheit, als ein schnell vorübergehendes Symptom, wenig, und hoffte durch eine gute Diät dasselbe vorübergeführt zu sehen. — Aber — das Oedem des Gesichtes stieg immer höher, die Augenlider schwollen bedeutend an, das ganze Gesicht, was sonst mager und eingefallen war, ward voll und feist, das Kind fing an die Füsse nachzuschleppen, und bei näherer Untersuchung fand ich denn, zu meinem nicht geringen Erstaunen, auch sie bedeutend angeschwollen und beim Fingerdruck deutliche und ziemlich tiefe Gruben zurücklassend. — Nun erkannte ich denn zu meinem Leidwesen eine bedeutende Nachkrankheit des Scharlachs. Ich liess das Kind sogleich wieder in's Bett legen, liess mir den Urin zeigen und fand denselben in sehr geringer Quantität gelassen, dunkel, dicklich, mit schleimigen Fäden durchzogen und offenbar (?) von bedeutendem Eiweissgehalt. Ich verordnete sogleich ein *Inf. Digital.* aus ℈j Digitalis auf ℥v Kolatur mit *Liq. Kali acetici* ℥j, *Spirit. muriat. aeth.* gutt. xv und *Syrup. Alth.* ℥j. Aber beim Gebrauch dieses Mittels vermehrte sich die Urinabsonderung durchaus gar nicht, sondern es nahm vielmehr der Anasarka bedeutend zu, indem auch die Oberextremitäten an der Anschwellung partizipirten, ja es zeigten sich sogar schon deutliche Spuren eines *Hydrops ascites.* Der Husten war bei weitem heftiger geworden, es hatte sich wieder Fieber eingestellt, der Appetit sich verloren, und die kleine Kranke litt sehr. — Da namentlich der Husten das quälendste Symptom war, und auch die Befürchtung Platz griff, dass Hydrothorax sich ausbilden könnte, so war es die Hauptaufgabe, diesem drohenden Uebel so schnell als möglich vorzubeugen und abzuhelfen. Der Zustand der Kranken war ein durchaus erethischer, und von der Anwendung jener drastischen Purganzen und diuretischen Mitteln konnte also gar nicht die Rede sein. Ich verordnete daher:

℞ *Hb. Digital. purpur.* gr. xv,
Rad. Senegae ʒiβ
inf. cum
Aq. bullient. s. q. ad colatur. ℥iv,
Kali carb. dep. ʒj,
Acet. scillitic. q. s. saturat.,
Tinct. Digital. gutt. xx;
Syrup. Alth. ℥j.
MDS. Alle 1½ Stunden 1 Esslöffel.

Dazwischen liess ich noch folgende Pulver brauchen:

℞ *Hydrargyr. muriat. mit.* gr. ix,
Pulv. Hb. Digit. purp. gr. ij,
Sacch. albissim. ʒiβ.
M. f. pulv. divid. in part. aeq. No. vj.
DS. Früh, Mittag und Abend 1 Pulver.

Nach dem Gebrauch dieser Mittel, die ich durch aromatisch-spirituöse Einreibungen und durch aromatische Umschläge auf und in die Gliedmaassen und in den Unterleib unterstützte, erfolgte eine ziemlich reichliche Urinsekretion, die mit einem mässigen Durchfall verbunden war. Auch die bisher trockene und kühle Haut ward wärmer und mit einem duftenden Schweisse bedeckt. Der Urin ward allgemach immer heller und dünner, und nahm bald seine normale Beschaffenheit an. Die Pulver liess ich nur einmal brauchen, dagegen die genannte Mixtur viermal unverändert und dreimal unter dem Zusatz von *Extract. Cardui Benedict.* und *Dulcamar.* und der Veränderung der *Tinct. Digital.* mit *Lactucar. gallic.* ℈j, nach deren Gebrauch auch der Husten sich milderte und mit Ende der siebenten Woche, vom Beginne der Krankheit, sich ganz verlor. — Zur Nachkur liess ich die Kranke etwas China brauchen, und hatte die Freude, sie gänzlich genesen zu sehen.

Zweiter Fall. Bertha G., die Schwester der vorigen, 4 Jahr alt, von kräftiger, vollsaftiger Konstitution, hatte den früher erwähnten Husten, an dem sie gleichzeitig mit ihren Geschwistern gelitten, fast gänzlich verloren, war ganz munter geworden, und hatte während der Dauer der Scharlachkrankheit bei der Schwester (exklusive der Nachkrankheit) keine Spur irgend eines Krankheitssymptoms gezeigt. In der Nacht aber vom 17. zum 18. Februar wurde ich schleunigst zu diesem Mädchen gerufen. Wenige Tage zuvor hatte ich sie noch ganz munter gesehen, und jetzt fand ich sie im heftigsten Fieber liegend.

Der Kopf und das Angesicht glühte, wie auch die Haut des übrigen Körpers in einem erhöhten Turgor sich befand. Der Athem war kurz fliegend und heiss. Die Lippen waren trocken, ja dürre, und zu deren Befeuchtung brachte die Kleine ihre rothe, nur mässig feuchte Zunge sehr oft heraus. Das Schlingen schien ihr beschwerlich zu sein, da je zuweilen, wenn sie etwas Speichel niederschlucken wollte, ihre Gesichtszüge sich verzogen, doch klagte sie nicht darüber. Sie wimmerte und winselte viel, und schrie bisweilen mit heiserer Stimme auf. Die Besichtigung der Rachenhöhle ergab ziemlich bedeutende Röthung und Anschwellung der Tonsillen, die Uvula war mehr als gewöhnlich geröthet, doch nicht allzusehr angeschwollen.

Die Kranke verfiel öfter in einen äusserst unruhigen Schlummer, oder wenigstens schien die Kleine zu versuchen, um schlafen zu können, aber sie fuhr schnell mit unartikulirtem Geschrei aus demselben auf, warf sich unruhig und ungeduldig hin und her, und forderte mit lallender Zunge zu trinken, ohne dass sie das dargereichte Getränk beachtete und annahm. Nur wenn man sie an ihr Verlangen erinnerte und ihr das Glas an die Lippen setzte, richtete sie sich mit ängstlicher Hast auf und trank in langen Zügen, mit nur geringen Beschwerden, das ihr dargebrachte Zuckerwasser.

Der Puls war sehr frequent, voll und härtlich.

Vom Exanthem war noch nichts zu bemerken.

Auf meine Frage an die Eltern, ob das Kind erst in der Nacht erkrankt sei, ob es am Tage und den Tag zuvor noch munter gewesen sei? erhielt ich zur Antwort, dass das Kind schon seit gestern (also am 16. Februar) verdriesslich und mürrisch gewesen sei, keinen Appetit zum Essen gehabt, einige Hitze und Unruhe verrathen, und am Tage (den 17.) keine Lust mehr das Bett zu verlassen gezeigt habe. Sie hätte aber stundenweise im Bette noch gespielt, sei ziemlich früh eingeschlafen, und wäre erst gegen Mitternacht (es war nach 2 Uhr, als ich hingekommen war), wie von einem bösen Traume aufgeschreckt, mit heiserem Geschrei erwacht, und hatte eben durch ihre ausserordentliche Unruhe, durch ihren kurzen, fliegenden Athem sie (die Eltern) veranlasst, mich zu rufen. Es war offenbar, dass ein Exanthem im Anzuge sei, ein Entzündungsfieber war nicht zu verkennen, eben so wie auch eine entzündliche Reizung der Luftwege und des Gehirns vorhanden war. Ich wollte Blutegel an Brust und Kopf setzen lassen, aber es waren leider keine bald zu bekommen, und um solche aus der nächsten Stadt herbeizuholen, hätte es einer

Zeit von mindestens 6—8 Stunden bedurft. Kalte Umschläge durfte ich nicht anwenden, weil ein Zurückhalten und Zurückdrängen des bevorstehenden Exanthems zu fürchten war, und so musste ich mich denn nur auf innerliche Mittel beschränken, um die Heftigkeit des Fiebers und der entzündlichen Reizung zu mässigen. Ich verordnete

℞ *Herb. Digit. purp.* gr. xij,
Rad. Althaeae,
Rad. Liquirit. ää ʒij
inf. c.
Aq. fervid. s. q. ad colat. ℥iv,
Kali carb. acid. ℈ij,
Succ. Citr. rec. express. saturat.
Natr. nitr. ʒβ,
Aq. Laurocer. ʒj,
Syrup. Altheae ℥β.
MDS. Stündl. 1 kleinen Esslöffel voll zu nehmen.

Während meiner Anwesenheit brach unter heftiger Unruhe des Kindes das Exanthem hervor. Es erschienen auf dem Gesichte, an der Stirn Flecke von der Grösse eines Zweigroschenstücks bis zu der eines Achtgroschenstücks; dieselben flossen allmälig ineinander und liessen nur geringe Zwischenräume von einer einigermaassen helleren Röthe zwischen sich. Nach 6 Uhr kam ich wieder und fand nun das Kind mit einer Scharlachröthe über den ganzen Körper übergossen. Ich sage Scharlachröthe, weil die ganze Krankheit diesen Namen führt; wenn jedoch die Farbe des Exanthems strikte bezeichnet werden soll, so dürfte der Vergleich mit dem sogenannten Scharlachroth nur in den seltensten Fällen passend sein, da die Färbung in mannichfachen Varietäten vorkommt. — Daher haben auch wohl nicht mit Unrecht verschiedene Autoren die Farbe des Exanthems mit verschiedenen Stoffen verglichen. Peter Frank vergleicht die Färbung mit der von rothem Weine; Huxham beschreibt die Färbung so, als wenn jemand mit Himbeersaft überstrichen wäre; Sennert nennt sie feuerfarben; wiederum Andere vergleichen sie mit der Farbe eines gesottenen Krebses, noch Andere mit der Rosenfarbe u. s. w. u. s. w., und in der That finden auch alle Vergleichungen ihren wirklichen Platz, denn bei einem und demselben Kranken (wie es auch bei diesem Falle stattfand) findet man an den verschiedenen Stellen der Haut auch eine verschiedene Färbung, die die Vergleichung von etwas höher oder niedriger wohl aushält.

Der Ausschlag war also bei diesem Kinde in der möglich kürzesten Zeit von ungefähr 5 Stunden hervorgebrochen, und hatte durch die gewaltige Reaktion auch eine leise Anschwellung der ganzen Haut bewirkt.

Nachdem das Exanthem über den ganzen Körper sich verbreitet hatte, liess auch, unter Beihülfe der angewandten Arzneien, die Heftigkeit des Fiebers und die Unruhe etwas nach. Das Kind konnte gegen 1½ Stunden ziemlich ruhig schlafen, obwohl der Athem immer noch kurz und der Puls sehr fieberhaft blieb.

Da gegen Abend schon der grösste Theil der Arznei verbraucht und dennoch die erwartete *Excretio alvina* nicht erfolgt war, verordnete ich Kalomel mit Digitalis in folgender Art

℞ *Calomelanos* gr. xij,
Hb. Digit. purp. pulv. gr. ij,
Sacch. albissim. ℥iß.
M. f. pulv. div. in part. aeq. No. viij.
DS. Dreistündlich ein Pulver zu geben.

Nach dem dritten Pulver war der erste kugelige und harte Stuhl erfolgt, jedoch war die abendliche Exazerbation, die erst um 9 Uhr eintrat, ziemlich bedeutend. Das Kind warf sich wieder hin und her, delirirte viel, hatte einen sehr heftigen Durst und konnte nicht schlafen. Ich interponirte daher noch, zumal auch der Husten, der sich wieder rauh und hohl eingefunden hatte, mich dazu aufforderte, einige Pulver aus *Lactucar. gallic.* zu 2 Gran pro dosi. — In der Nacht waren mehrere grüne Stühle erfolgt, und durch diese, wie auch durch den Gebrauch des Lactucar., war schon kurz vor Mitternacht eine Erleichterung des Zustandes eingetreten; das Kind lag und athmete etwas ruhiger und konnte auch von ½ auf 2 Uhr bis gegen 6 Uhr ziemlich ruhig schlafen, indem es im Schlafe hin und wieder wohl noch zusammenfuhr, ohne aber jedoch gänzlich aufgeweckt zu werden. Da am Morgen wieder einige reichliche, dünne, äusserst übelriechende Stühle erfolgt waren, die Remission sich auch sehr löblich zeigte, so liess ich das Kalomel nur noch zweimal täglich geben und in der übrigen Tageszeit nur noch eine einfache Mohn- und Mandelemulsion mit *Aq. Laurocer.* brauchen. Am vierten Tage nach dem Ausbruche des Exanthems klagte das Kind über Schmerzen an den äusseren Theilen des Halses, konnte den Kopf auch nicht gut bewegen, und ward deshalb sehr ungeduldig. Bei näherer Untersuchung ergab es sich, dass die Submaxillardrüsen angeschwollen seien. Es fühlten sich dieselben

hart, heiss und beweglich an. Ich liess zuerst frisch geschorene Wolle darauf legen, da diese aber das Kind zu jucken und zu beissen schien, so vertauschte ich dieselbe mit dünnen warmen Kräuterkissen, ich liess auch zweimal täglich wie eine Bohne gross *Ungt. Digital.* mit *Ungt. ciner.* einreiben, und sah zu meiner Freude nach wenigen Tagen schon die Geschwülste sich zertheilen und mit dem Beginne der Desquamation sich verlieren. Diese trat mit dem neunten Tage ein, das Exanthem erblasste zuerst im Gesichte, und wenn man mit der Hand darüber hin fuhr, fühlte sich die Haut rauh und uneben an. — Die Kranke bat die Mutter öfters, sie zu kratzen, da sie etwas biss und juckte. Am stärksten schien das Jucken an den Armen gefühlt zu werden, da das Kind diese am meisten rieb. Das Fieber, die Hitze, der Durst wurden immer mässiger, die Kranke genoss mit Appetit ihre Wasser- und Griessuppen, der Athem war fast normal geworden und auch der Husten hatte bedeutend an Heftigkeit verloren. Die Haut duftete in einem linden Schweisse, die Stuhlexkretionen hatten sich geregelt, die Urinausscheidung war gut, und die Kranke wollte mit dem Beginne der dritten Woche schon das Bett verlassen. Aber ich gab dies durchaus nicht zu, sondern befahl streng, das Kind bis zum Ende der fünften Woche warm zu halten, und wenn auch gerade nicht immer im Bette zu lassen, so doch aber stets auf dem Sopha immer wohl verwahrt und bedeckt zu halten, um auf solche Weise, wenn irgend möglich, den Eintritt einer Nachkrankheit abzuwehren. Es gelang dies auch vollständig. Das Kind genas, erholte sich auch bald von der eine Zeit lang zurückgebliebenen Schwäche, und konnte in der Mitte der sechsten Woche schon die schönen und warmen Tage des April im Freien geniessen.

Der älteste Bruder dieser beiden Mädchen, obwohl er theils der gesetzlichen Vorschrift, theils seines Hustens wegen den ganzen Tag zu Hause und in der nächsten Berührung mit seinen scharlachkranken Geschwistern blieb, wurde dennoch vom Exanthem nicht ergriffen und hatte nur seinen katarrhalischen Husten zu überstehen.

Dritter Fall. Karl W., ein schlanker, aber rothwangiger, stets munterer Bursche von 7 Jahren, wurde am 15. Februar krank. Er musste wegen heftigen Kopfschmerzes aus der Schule gehen, und nach Hause gekommen erbrach er unter heftigem Würgen eine Menge grüner, mit Galle und Schleim vermischter Massen.

Seine Mutter hüllte ihn ins Bett, und in der bei Landleuten häufigen Meinung, „Schwitzen helfe für Alles", kochte sie dem Kleinen

eine Tasse Flieder und liess ihn denselben recht heiss trinken. Der Knabe bekam furchtbare Hitze und nur mit Mühe konnte ihn die Mutter im Bette und zugedeckt erhalten. Nach einer sehr unruhig verbrachten Nacht brach gegen Morgen ein duftender Schweiss aus. Es trat ein Nachlass der Symptome ein, der Knabe konnte ein wenig schlafen, und die Mutter ging daher ruhig ihren häuslichen Geschäften nach. Wie erschrak sie also, als sie nach kaum einer Stunde wieder ins Zimmer zurückkehrte, ihren Karl ihr in der Thür entgegentreten zu sehen. Sie glaubte, er sei munter, und hiess ihn daher barsch sogleich ins Bett sich zu begeben, aber er hörte sie nicht, er taumelte wie ein Trunkener hin und her, und sie sah sich daher genöthigt, den Knaben aufzuheben und ins Bett zu tragen. Der Knabe weinte nun fortwährend, hielt sich seinen Kopf und seine Ohren, und schien ganz theilnahmlos für alle ihm sonst angenehmen Gegenstände geworden zu sein. Dieserhalb wurde ich am 17. Februar hingeholt. Ich fand den Knaben mit lividem, eingefallenem Gesichte, trüben, thränenden Augen, stark belegter Zunge, mit gerötheten Gaumen, Zäpfchen und Mandeln, mässig kurzem Athem, kleinem, häufigem, spastischem Pulse, trockener, mehr kühler als heisser Haut. Er verstand meine Fragen nicht sogleich, und erst als ich ihn lauter anredete, klagte er über Leibschmerzen, Kopfweh, Ohrensausen und bitteren Geschmack im Munde. Die Schlingbeschwerden waren zwar vorhanden, aber nicht in bedeutendem Grade. Auf der Stirn und den Seiten der Wangen standen einzelne rothe Fleckchen ziemlich zerstreut umher, zeigten hier und da einzelne frieselartige Blätterchen oder Bläschen, die ich auch namentlich an den Extremitäten wahrnahm; sie schienen mir konisch zugespitzt und mit einer milchicht trüben Flüssigkeit gefüllt zu sein. Der Urin, den ich mir zeigen liess, war dick, trübe, jumentös. Ich dachte sogleich an den sogenannten Scharlachfriesel mit gastrisch-nervöser Komplikation.

Ich verordnete daher ein

℞ *Inf. Valerianae* (ex ℥ij parat.) ℥iv,
Kali citrat. ℥β,
Tart. stib. gr. j,
Ammon. muriat. dep. ℈j,
Syrup. commun. ℥β.
MDS. Stündlich 1 kleinen Esslöffel voll zu geben.

Des anderen Tages war der Ausschlag über den ganzen Körper verbreitet; die diffuse Scharlachröthe wechselte an manchen Stellen mit

den einzelnstehenden Flecken mit Frieselbläschen ab. Die Nacht war unruhig vergangen. Der Kranke hatte in Folge der Arznei Uebelkeit, aber kein Erbrechen bekommen, die Haut war duftend und warm geworden, und der Kopfschmerz hatte gegen Morgen etwas nachgelassen. Stuhlentleerung war einmal und zwar breiartig dagewesen. Der Urin noch immer dick, trübe und spärlich. Ich liess die Arznei fortbrauchen, nur mit dem Zusatze von *Tinct. Digital. aetherea* gutt. xx. Die Besserung schritt nur äusserst langsam vor. Mit dem zehnten Tage der Krankheit erst beginnt die Desquamation, und zugleich zeigen sich auch schon Spuren ödematöser Anschwellung im Gesichte. — Ich fürchtete schon, es würde sich wieder ein allgemeiner Anasarka ausbilden, aber meine Befürchtung traf nicht ein: das Oedem blieb nur auf das Gesicht beschränkt. Bei dem Fortgebrauche der Arznei reinigte sich die Zunge, der Urin vermehrte sich, ward klarer und heller, die Bitterkeit des Geschmacks verlor sich, der Appetit fand sich wieder, und der Knabe war trotz der Komplikation und trotz der Bedeutsamkeit der Erscheinungen mit dem Ende der vierten Woche schon genesen. Jedoch liess ich ihn noch volle 10 Tage im Zimmer und auch sonst in der Diät mässig halten, und gestattete ihm erst gegen Ende der sechsten Woche, während einiger schönen Frühlingstage, heraus und dann in die Schule zu gehen. — Sämmtliche vier Geschwister dieses Knaben blieben von dem Exanthem verschont.

Diese drei Fälle mögen genügen, um an ihnen die Art der Epidemie gezeigt zu haben; dem denkenden Arzte predigt sie laut.

Natura sanat, medicus curat.

Auf Veranlassung des Herrn Kreisphysikus bekamen gegen Ende der Epidemie sämmtliche Schulkinder das Hahnemann'sche Prophylaktikum, das aus einer Auflösung von gutt. ij des Belladonnaextrakts in ℥ ij *Aq. Cinnam.* besteht, und von dem jedem Kinde so viel Tropfen gereicht werden, als es Jahre zählt. — Zu verwerfen ist dies Mittel vielleicht nicht, da schon der Glaube, geschützt zu sein, Einiges dazu beitragen kann, die Rezeptivität zu mildern, aber wirkliche prophylaktische Schutzkraft dürfte diesem Mittel wohl schwerlich beizumessen sein. — Besser sind wohl noch die Guyton-Morveau'schen Räucherungen.

II. *Analysen und Kritiken.*

Ueber die Natur, die Ursachen und die Behandlung der Skropheln.

(Scrofula; its nature, its causes, its prevalence and the principles of treatment, by **Benjamin Phillipps**, *Surg. to the Westminster Hospital. London 1846,* S. 279 S.)

Wir haben hier vor uns eine Monographie, zu deren Abfassung der Autor, wie er sagt, durch die Erkenntniss getrieben worden ist, dass gar zu viel Empirie auf der einen Seite und gar zu viel Theorie auf der anderen Seite in der Lehre von den Skropheln herrsche, und dass dagegen der Thatsachen, aus denen man Schlüsse ziehen kann, gar zu wenige seien. Obgleich man längst schon versucht hat, die Lücken in unserer Wissenschaft über die genannte Krankheit auszufüllen, so bleibe doch noch gar viel zu thun übrig. Schon 1749 hat die Königliche Akademie der Chirurgie zu Paris die Erkenntniss, Ursachen und Behandlung der Skrophelgeschwülste zur Preisaufgabe gemacht. Von den eingegangenen Abhandlungen hatte keine den Preis, weshalb 1752 die Aufgabe wiederholt wurde. Diesmal bekam **Faure** den ersten, **Bordeu** den zweiten Preis; die anderen Abhandlungen waren von **Charmeton**, **Goursaud** und **Majaut**. Im Jahre 1786 wurde von der Königlichen Gesellschaft der Medizin in Paris, zum Beweise, dass die die Skropheln betreffenden Fragen noch lange nicht gelöst waren, dieser Gegenstand von Neuem zur Preisfrage gemacht. Es kamen drei vorzügliche Abhandlungen ein, von **Baumes**, **Pujol** und **Kortum**, von denen die erstere den Preis erhielt, die letztere aber ihn verdiente. Es wurden jedoch im Jahre 1795 von der Kaiserlichen Gesellschaft der Naturforscher zu Wien die Skropheln von Neuem zum Gegenstande einer Preisbewerbung gemacht; den Preis erlangte der berühmte **Hufeland**, obwohl, der Angabe des Verfassers zufolge, die Arbeit **Hufeland's** viel schlechter war, als die von **Kortum**. Seit dieser Zeit sind sehr viele Abhandlungen und Werke über Skropheln erschienen; die vorzüglicheren sind die von **Henning**, **Goodlad**, **Carmichael** und **Lloyd** in England, von **Lepelletier**, **Baudelocque** und **Lugol** in Frankreich, von **Scharlau** in Deutschland und von **Bredow** in Russland. Alle diese und viele andere Arbeiten haben recht viel beigetragen, um unsere Kenntniss von den Skropheln zu steigern, aber sie genügen noch keinesweges. Ein Be-

weis ist, dass, als im vorigen Jahre in Paris die Analogie und die Verschiedenheiten der Skropheln und der Tuberkeln zur Portal'schen Preisaufgabe gemacht worden sind, keine des Preises würdige Abhandlung eingekommen war, so dass für dieses Jahr „die Natur und Behandlung der Skropheln" wiederum als Portal'scher Preis ausgeschrieben werden musste. Auch die medizinische Gesellschaft zu *London* hat denselben Gegenstand zu ihrer Preisbewerbung gemacht.

Wenn also unser Wissen in Bezug auf die Natur und Behandlung der Skropheln noch ein sehr lückenhaftes ist, so müssen wir eine Arbeit, wie der Verf. sie uns giebt, die nur von Thatsachen ausgehen soll, sehr willkommen heissen. „In der gegenwärtigen Abhandlung", sagt der Verf., „ist es meine Absicht, den Gegenstand im Allgemeinen abzufassen und nicht in die verschiedenen Strukturveränderungen einzugehen, welche in einer mit Skropheln behafteten Konstitution sich ausbilden können; meistens haben diese Strukturveränderungen an und für sich nichts Spezifisches, sondern sie erlangen ihre Eigenthümlichkeiten nur durch den besonderen Lebenszustand, in welchem der Organismus sich befindet. Dass der Charakter, welchen dadurch die gewöhnliche Entzündung der verschiedenen Strukturen erlangt, dass ferner die Eigenthümlichkeit, welche die so modifizirte Entzündung der gewöhnlichen Entzündung gegenüber darbietet, der Gegenstand einer sehr sorgfältigen Untersuchung sein kann, ist nicht zu bezweifeln; allein ich kann mich nicht damit befassen, da schon die Aufgabe, die ich übernommen habe, nämlich die Betrachtung der Skropheln im Allgemeinen, eine sehr schwierige ist." Hieraus ergiebt sich, dass wir eine sehr spezielle Betrachtung des skrophulösen Uebels in diesem Werke nicht zu erwarten haben; wir werden uns indessen freuen, wenn wir die Aufgabe, die der Verf. sich gestellt hat, vollkommen gelöst finden. Der Verf. hat sich wenigstens alle mögliche Mühe gegeben; er hat nicht nur in allen möglichen Bezirken und Lokalitäten Erkundigungen über die Entstehung, die Häufigkeit, die Formen und die Ausgänge der Skropheln eingezogen, sondern er hat auch über fast alle gebildete Länder Europa's sich, seinen Gegenstand betreffend, Auskunft zu verschaffen bemüht; ja er hat mit Amerika, Ostindien, China, Aepypten, Syrien u. s. w. für diesen Zweck Verbindungen angeknüpft. Der Verf. erzählt weitläufig in der Einleitung, auf welche Weise er verfahren ist, wie er die Fragen gestellt und was er sonst gethan hat, um diese Erkundigungen einzuziehen. Wir gehen zu dem Werke selber über.

Erstes Kapitel. Benennung. Die Skropheln, von den alten Griechen wahrscheinlich *χοιράδες* genannt, von den Lateinern *Struma*, späterhin *Scrofula*, bekamen bei den verschiedenen Völkern sehr verschiedene Bezeichnungen. Neugriechisch: *χαλώνια*; französisch: *Mal du Roi, Scrofules, les Ecrouelles*; schottisch: *Cruels*; englisch: *King's Evil*; bretagnisch: *Droucq ar Roue*; deutsch: Kropf, Skropheln, Skrophelkrankheit; russisch: *Swinucha* (Bredow); schwedisch: *Körtelvulster, Krofer, Krittler, Krittel, Fistel*; dänisch: *Scrofer, Kiertelknuder*; holländisch: *Klieren, Kropzweeren, Kliergezwellen*; schweizerisch: *Scrovole*; italienisch: *Scrofula, Scrofole, Scrofe*; spanisch: *Lamparones, Escrofulas*; portugiesisch: *Al porcas*. Der Verf. giebt hierauf eine geschichtliche Uebersicht der verschiedenen Ansichten und Theorieen über die Natur der Skropheln, welche wir aber füglich übergeben können.

Zweites Kapitel. Die Ideen des Verf. über die Natur der Skropheln. Es ergiebt sich aus den sehr weitläufigen Sätzen und Deduktionen, die der Verfasser neben einander gestellt hat, dass er die Skropheln für einen eigenthümlichen Zustand des Organismus hält, dessen Hauptcharakter darin besteht, dass eine eigenthümliche spezifische Materie, die er **Skrophelmaterie** nennt, erzeugt und vorzugsweise in die Drüsen, aber auch in die anderen Gebilde abgelagert wird. Diejenigen Uebel, welche man für skrophulös hält, in denen aber die Absonderung der eigenthümlichen Skrophelmaterie, die der Verf. später noch mehr bestimmen wird, nicht stattgefunden hat, hält er demnach für nicht skrophulös. Was den Habitus betrifft, den man gewöhnlich den Skrophelkranken zugeschrieben hat, so spricht sich der Verf. darüber folgendermaassen aus:

„Meine eigene Untersuchung in Betreff des sogenannten skrophulösen Habitus hat mich zu der Ueberzeugung geführt, dass Diejenigen, welche mit Skropheln behaftet sind, die allerverschiedensten äusseren Charaktere darbieten. Unter denen, bei welchen die Skrophelablagerungen stattgefunden haben, finden wir welche, die brünett sind und dunkles Haar haben, und andere, die blond sind und helles Haar haben; bei einigen sind die Wangen geröthet, bei anderen sind sie bleich; bei einigen sind die Nasenflügel ausgedehnt und die Oberlippe aufgetrieben; bei einem anderen findet das Entgegengesetzte statt. Etwas Charakteristisches im Habitus oder in der Konstitution der Kranken habe ich nicht gefunden. Wohl aber zeigen die mit Skropheln behafteten Individuen gewisse Eigenthümlichkeiten, auf die ich hier aufmerksam machen muss. Oft nämlich zeigt die Muskulatur eine nur geringe Entwickelung, aber auch dies ist nicht immer der Fall; oft erscheinen die skrophulösen Subjekte voll und rund, aber nicht in Folge einer kräftig.

entwickelten Muskulatur, sondern in Folge eines hypertrophischen oder infiltrirten Zustandes des Zellgewebes, welche Vollheit bei der geringsten Anstrengung, Entbehrung oder Krankheit schnell sich verliert. Gewöhnlich ist in Folge der nur schwachen Zirkulation die Hautfläche des Körpers bleich und kühl, aber in einer grossen Anzahl von Fällen, ungefähr bei ¼, erstreckt sich diese Bleichheit nicht auf das Antlitz. Die Farbe des Haars ist sehr verschieden; meistens ist sie dunkel. Von fast 9000 skrophulösen Kindern, die ich untersucht habe, hatten nicht viel mehr als 32 Prozent helles Haar und helle Augen. Die Nasenflügel können breit sein, aber meistens sind sie es nicht; die Oberlippe oder beide können gequollen sein, aber meistens zeigen sie sich nicht so. Die Form des Unterkiefers so wie das Ansehen der Zähne zeigt nichts Charakteristisches. Der Bauch ist gewöhnlich geschwollen. Alle mukösen Flächen zeigen mehr oder minder eine krankhafte Beschaffenheit; Schleimflüsse aus der Nase, den Augen und den Ohren sind gewöhnlich; die Zunge hat meistens einen schmutzig-weisslichen Belag, die Mandeln sind gewöhnlich angeschwollen und oft so verdickt, dass die Stimme einen unangenehmen, heisern Ton bekömmt und dass der Kr. während des Schlafes laut schnarcht. Die Anschwellung der Mandeln hat aber auch noch einen anderen Einfluss; sie vermindert den Durchgang für die Luft bei der Athmung so sehr, dass der Brustkasten nicht zur gehörigen Entwicklung kömmt. Magen und Darm sind häufig in einem krankhaften Zustande und die Verdauung wird schlecht vollzogen; saures, scharfes Aufstossen ist häufig, Flatulenz ist oft sehr beschwerlich und die Thätigkeit des Darmkanals ist unregelmässig, bisweilen erschlafft, bisweilen verstopft. Bisweilen ist der Koth lehmfarbig, sehr stinkend und von verschiedener Konsistenz, und bisweilen ist er wieder übermässig mit Galle gefärbt. Auch die Luftwege, vom Naseneingange an bis zu den letzten Bronchien, sind der Sitz von solchen Störungen, und ähnliche Erscheinungen bemerkt man auch in den Schleimhäuten des Harn-Geschlechtssystems; die Blase kann oft die Ansammlung des Urins nicht ertragen und es tritt alsdann ein sehr häufiger Drang zum Urinlassen ein. Die Haut, obwohl oft trocken und hart, ist doch bisweilen der Sitz einer sehr bedeutenden Schmeerabsonderung; bisweilen ist die Absonderung stinkend und sauer. Die Kopfhaut und die übrigen kutanen Flächen sind oft der Sitz von verschiedenen Ausschlägen. Der Mangel an gehöriger Gefäss- und Muskelenergie bewirkt es, dass das Kind gern liegt und sitzt und zu den Anstrengungen der Spiele der Jugend nicht Lust hat. Man hat wohl gesagt, dass Skrophelkinder häufig sich besonders geistig entwickeln; dieses ist aber nicht der Fall. Dass viele Skrophelkinder eine recht schöne geistige Entwickelung zeigen, ist nicht zu bezweifeln; aber eine sehr sorgfältige Untersuchung dieses Gegenstandes hat mich überzeugt, dass der bei weitem grösste Theil ohne diese ganz besonderen hervorragenden geistigen Fähigkeiten ist, welche man den Skrophelkindern beimisst. Man muss nicht vergessen, dass die Schwäche und grössere Hülfsbedürftigkeit eines skrophulösen Kindes ihm die Aufmerksamkeit der Eltern am meisten zuwendet, und dass aus der Fürsorge der Eltern zuletzt eine Vorliebe entspringt, so dass sie mit diesem Kinde mehr als mit den anderen sich beschäftigen. Oft hat dies allerdings eine bessere Geistesentwickelung zur Folge; oft aber auch

wird diese geistige Anregung zu weit getrieben, das Kind wird magerer, das Allgemeinbefinden fängt an zu leiden und die geistigen Fähigkeiten, die vielleicht ein wenig aufgeflackert hatten, verlieren sich, so dass das Kind auf ganz entgegengesetztem Wege zu demselben Zustande reduzirt wird, wohin das skrophulöse Kind armer Eltern gewöhnlich gelangt."

Nach dieser Darstellung geht der Verf. über die Erscheinungen, wodurch die Skrophelsucht sich charakterisirt, noch sehr ins Weite und Breite. Es hätte sicherlich seinem Werke keinen Abbruch gethan, wenn er sich mehr beschränkt und konziser gefasst hätte. Was er nicht gethan hat, wollen wir zu Gunsten unserer Leser thun, und wir fassen daher das von ihm Gesagte übersichtlich zusammen, unsern Lesern das Urtheil überlassend.

1) Die Skropheln sind nicht blos auf die niedern Klassen beschränkt, sondern sie kommen auch in den höhern, wohlhabendern Klassen vor; aber es lässt sich erwarten, dass hier die Formen sich anders gestalten müssen als dort. Während bei den Armen die Skrophelkranken, die ihnen meist eine Last sind, in einen Zustand von Dummheit, der fast dem Blödsinne sich nähert, gerathen, werden sie bei den Reichen grade umgekehrt durch Hätscheln und Verzärteln ungemein empfindsam und geistig angeregt.

2) Es giebt keine pathognomonischen Zeichen der Skrophelkrankheit, noch viel weniger der Skropheldiathese; selbst Drüsengeschwülste beweisen nichts, denn sie können auch aus andern Ursachen entstehen, obwohl solche Geschwülste, wenn sie ohne wahrnehmbare Reizungsursache sich bilden, immer grossen Verdacht auf Skropheln erregen. Nur die skrophulöse Ablagerung allein beweist das Dasein der Skropheln.

3) Die Zeit, die die vollständige Entwickelung der Skropheln nöthig hat, ist in der Kindheit sehr gross; sie dauert oft so lange, wie die Kindheit selber. Bei Erwachsenen dauert die Entwickelung noch länger. Während dieser langen Entwickelungszeit können Umstände eintreten, welche diejenige Beschaffenheit des Blutes verbessern, die der Skrophelbildung zum Grunde liegt; alsdann tritt ein Rückbildungsprozess ein und die Skropheln verschwinden und kommen ganz und gar nicht zur Manifestation.

4) Obwohl keine bestimmten Zeichen vorhanden sind, welche die Skropheldiathese, nämlich denjenigen Zustand, in welchem die Skrophelmaterie noch nicht abgeschieden und abgelagert worden, mit Bestimmtheit darthun, so giebt sie doch durch gewisse Erscheinungen sich kund,

die wohl notirt werden müssen, weil sie wenigstens auf die Vermuthung hinleiten, dass eine solche Diathese vorhanden ist. Zu nennen sind hier: Mangel an Tonus und Energie in den festen Theilen; schnelle Erschöpfung der Muskelkraft; schlechte Beschaffenheit des Blutes, das arm an Kügelchen ist, worüber später noch Näheres; schlechte Chylusbereitung; schlechte Verdauung, namentlich die skrophulöse Dyspepsie, die Todd so hübsch beschrieben hat; Röthung der Theile des Rachens; Anschwellung der Mandeln und gewisse Hautaffektionen.

Drittes Kapitel. Die Skrophelmaterie und deren physikalischen Charaktere (S. 39—60). Da der Verf. die Skrophel als eine Blutkrankheit, sich manifestirend durch eigenthümliche Ablagerung in die subkutanen Lymphdrüsen, charakterisirt, so ist dieser Abschnitt für ihn natürlich einer der wichtigsten. Es kann der Skrophelstoff, meint der Verf., in alle Strukturen abgelagert werden, — am häufigsten aber geschieht seine Ablagerung in die Drüsen, und der Verf. stellt es sich so vor, dass die Skrophelmaterie an verschiedenen Punkten derselben Drüse zugleich abgelagert wird, dass an diesen Punkten die Drüse anschwillt und dass endlich die einzelnen Punkte zusammenfliessen. — Der abgelagerte Skrophelstoff erscheint dem unbewaffneten Auge als eine amorphische, graugelbliche, derbe, unregelmässig gekörnte Masse, die einige Aehnlichkeit mit altem Käse hat. — Den Untersuchungen von Albers, Bredow und Ruette verdanken wir eine genauere Kenntniss dieses Stoffes. Nach Albers zeigt das Tuberkel unter dem Mikroskop geschiedene kleine Röhren, die unter einer 550fachen Linearvergrösserung sich als Zellen erweisen; dieses ist aber nicht der Fall mit der Skrophelmaterie, die körnig ist. — Nach Bredow besteht die Skrophelmaterie, wie alle organischen Produkte, aus unzähligen kleinen Kügelchen, die mit den umgebenden Theilen in keiner organischen Verbindung stehen. — Ruette fand unter einer 400fachen Vergrösserung, dass die einzelnen Kügelchen, welche etwas grösser sind als Blutkügelchen, kleine Kapseln sind, in welchen ein Kern sich befindet; mehrmals sah er diese Kügelchen geborsten und gerunzelt. Bredow hingegen konnte die Kügelchen nicht als Kapseln erkennen, sondern meinte, dass die Kügelchen anfangs durchsichtig, dann trübe werden, wodurch allerdings eine optische Täuschung möglich wird. — Der Verf. blieb aber bei diesen Ergebnissen nicht, sondern hat sich an Hrn. Dalrymple gewendet, der neue mikroskopische Untersuchungen vorgenommen hat.

„Die ganze Skrophelmasse", berichtet Hr. D., „besteht aus Gewebsfetzen, kugeligen Molekulen, unregelmässigen Exsudatkörperchen, wo ein Kern selten erkennbar wird, ausserdem einer beträchtlichen Menge Oelkügelchen, welche durch Kochen in Aether entfernt und auf eine Glasplatte abgesetzt werden können ....." „Die Exsudatkörperchen besitzen gewöhnlich einen ziemlichen Grad von Plastizität, und unter günstigen Umständen erzeugt die Zelle eine neue Zelle, die Zelle verlängert sich und entweder Faser oder Filament wird erzeugt, wie in dem Heilungsprozesse einer Wunde. In der Skrophelmaterie scheinen die Exsudatkörperchen nicht einmal den Bildungstrieb zu besitzen, der ihre fernere Umwandlung in Eiter herbeiführt und daher geht das Kügelchen aus kernlosem Kytoblast in ein unregelmässig kugeliges Körperchen über, dessen Elemente durch einen ferneren chemisch-vitalen Prozess in Oel- oder Fettkügelchen sich scheiden."

Noch viel wichtiger sind die Untersuchungen von Gulliver, die derselbe auf Antrieb des Verf. in grossem Maassstabe unternommen hat. „Beim Menschen", sagt er, „erscheint der rohe Tuberkelstoff, von welchem Organe er auch genommen ist, in seinen chemischen, allgemeinen und mikroskopischen Charakteren keinerlei Unterschied darzubieten. Unter dem Mikroskop zeigt der Tuberkelstoff kaum irgend eine regelmässige Struktur, da er vorzugsweise aus kleinen runden Körperchen, Oelkügelchen, formlosen albuminösen Flecken oder Fetzen und einigen wenigen unregelmässigen Körperchen besteht. Die letzteren sind wahrscheinlich nichts als eigegangene, eingeschrumpfte Primitivzellen." — Die chemische Analyse der Skrophelmaterie ergiebt nur, dass sie aus Albumen, Fett- oder Oelkügelchen und gewissen alkalischen Salzen besteht. Das quantitative Verhältniss dieser Elemente ist nicht immer dasselbe. — Hecht sagt, dass, wenn wir eine in Skrophelmaterie umgewandelte oder mit ihr ganz erfüllte Drüse untersuchen, wir die ganze Masse homogen und von gleicher gelblicher oder schmutzigweisser Farbe finden; in der Mitte ist die Masse weicher und hat eine rahmige, breiige, käsige Beschaffenheit. Diese weiche Masse grünt das Lakmuspapier; kochendes Wasser und Säuren bewirken eine Gerinnung in diesem Breie; es zeigen sich aber weder Zellenkügelchen noch Eiterkügelchen und die ganze Masse ist anscheinend weiter nichts, als Albumen mit einem Uebermaasse von Alkalien. Hat aber die Gegenwart dieses Stoffes Entzündung erregt, so findet man Eiter mit ihm gemischt. Ehe diese Materie eine Erweichung erlitten hat, kann eine Flüssigkeit ausgedrückt werden, welche in der Hitze

gerinnt und Flocken fallen lässt. Dieser in Alkohol oder Aether unauflösliche Niederschlag ist Albumen; denn wird die Materie vor der Gerinnung mit Salpetersäure behandelt, so wird ein gelbes flockiges Präzipitat gebildet; mit Chlor behandelt wird sie perlweiss und es bildet sich ein perlweisses Präzipitat; mit Salpetersäure behandelt erzeugt sie einen röthlichbraunen Niederschlag, der in Ammoniak auflöslich ist; er enthält etwas Gallerte und Fibrin und wahrscheinlich etwas Stearin." — Prout hält die Materie für unvollkommen entwickeltes Albumen; Gendrin für eine albuminöse Masse mit einem Uebermaass von Salzen; nach L'Heritier enthält sie Albumen, sehr weiches Fibrin, etwas Fettstoff und kohlensauren und phosphorsauren Kalk; Bredow betrachtet die Materie als ein Kali- oder Natronalbuminat.

Wie ist der Zustand des Organs, in das eine Ablagerung dieses Stoffes stattfinden soll? (viertes Kapitel, S. 44 bis 49). „Die drüsigen Strukturen, welche vorzugsweise die Ablagerungsheerde für den Skrophelstoff sind, erleiden gewöhnlich beträchtliche Veränderungen, ehe diese Ablagerung geschieht. Sie nehmen gewöhnlich an Umfang, Dichtheit und Festigkeit zu, und zwar oft in sehr bedeutendem Grade. Die Bronchialdrüsen werden mehr als zweimal so oft, wie die Mesenterialdrüsen, diese mehr als viermal so oft, wie die Halsdrüsen, und letztere endlich mehr als zweimal so oft, wie die Achsel- und Leistendrüsen affizirt. Was ist der Grund hiervon? Möglich, dass der Grad von Reizung, dem diese verschiedenen Drüsengruppen unterworfen sind, darauf Einfluss habe; aber es bleibt immer noch zu erklären übrig, wodurch es kommt, dass schon vorher, ehe die Ablagerung des Skrophelstoffs geschieht, das Drüsenparenchym in einen hypertrophischen Zustand geräth. Der Verf. ist geneigt, die Schuld dem Blute beizumessen, welches die Drüsen zur Aufnahme des Skrophelstoffs gleichsam vorbereite. Geschieht diese Anschwellung und es folgt Entzündung darauf, so vereitert die Drüse; tritt dieses Ereigniss nicht ein, verbessert sich aber der Zustand des Blutes, so folgt auf die Anschwellung der Drüse keine Skrophelablagerung und die Anschwellung lässt nach. Darum sieht man bei so vielen Kindern Drüsenanschwellungen sich wieder verlieren. Will man den abgelagerten Skrophelstoff auffinden, so muss man aus einem Klumpen oder einer Kette geschwollener Drüsen die dickste und röthste auswählen und untersuchen.

Woher kommt der Skrophelstoff? (fünftes Kapitel, S. 49 bis 50). Der Verf. giebt eine Antwort, die wir auf folgende Sätze

reduziren: 1) Die Skrophelmaterie ist nicht verdickte Lymphe, wie die Alten geglaubt haben; 2) der Skrophelstoff kommt, wie jeder andere Krankheitsstoff, direkt aus dem Blute; 3) es lässt sich im Blute solcher Subjekte, die die Skropheldiathese haben, nichts Spezifisches auffinden, sondern das Blut zeigt diejenigen Veränderungen, welche mit schlechter Chylusbereitung und Schwäche immer verbunden zu sein pflegen, — nämlich das Blut ist wässerig und arm an Blutkügelchen; 4) die Verarmung des Blutes hat Einfluss auf die Milch, den Urin und die übrigen Absonderungen; 5) es ist nach dem heutigen Standpunkte unseres Wissens nicht zu sagen, wie der Skrophelstoff aus dem Blute sich abscheidet, ob das Blut ihn schon fertig zur Ablagerung in die Drüsen führt, oder ob er in diesen erst aus den dem Blute entnommenen Elementen gebildet wird.

Sind Skropheln und Tuberkeln identisch? (Kapitel 6, S. 60—78). Diese Frage ist schon so vielfach erörtert und doch noch so wenig entschieden, dass man immer von Neuem wieder darauf zurückkommen muss. Sind Lungentuberkeln Skropheln? Sind Skrophelablagerungen in den Drüsen oder anderen Organen identisch mit den Tuberkelablagerungen in den Lungen? — Der Verf. hat die ganze Wichtigkeit dieser Fragen erkannt und ihnen auch recht viele Mühe gewidmet. Wir suchen das, was er sagt, wieder in einzelne kurze Sätze zu resumiren: 1) Das unbewaffnete Auge sieht zwischen der Skrophelablagerung in den Drüsen und der Ablagerung von Tuberkelstoff in den Lungen keinen Unterschied. — 2) Mikroskopische Unterschiede zwischen Skrophelstoff und Tuberkelstoff; — davon ist schon zum Theil die Rede gewesen. — 3) Chemische Unterschiede: — die wesentlichen Elemente sind in beiden Stoffen dieselben; beide sind Mischungen von Albumen mit Salzen, wozu noch etwas Gelatina und vielleicht noch etwas Fibrin kommt. Jedenfalls sind die Verschiedenheiten in chemischer Hinsicht zwischen beiden Stoffen so gering und so variabel, dass sie nicht dazu dienen können, eine Diagnose zu begründen. — 4) Die Verschiedenheiten in Bezug auf den Theil, wo die Skrophelablagerung vorkommt, so wie in Bezug auf die Vaskularität der Masse sind eben so wenig von solcher Bedeutung, dass darauf irgend ein Schluss begründet werden kann. — 5) Verschiedenheit zwischen Skropheln und Lungentuberkeln in Bezug auf die Sterblichkeit: dieser Abschnitt ist von grösserer Wichtigkeit. Ueber London, 24 Distrikte von England und Wales, Birmingham, Liverpool und

Manchester giebt der Verf. aus den Registern vom J. 1840—41 folgende Zusammenstellung. Es starben:

während 1840—41	an Lungensucht		an Skropheln	
	in Summa	davon waren unter 15 Jahren	in Summa	davon waren unter 15 Jahren
In London	21667	4653 od. 21 Proz.	347	208 od. 60 Proz.
- 24 Distrikten	8550	2543 - 29 -	106	61 - 63 -
- Birmingham, - Liverpool, - Manchester	3188	1239 - 39 -	23	16 - 69 -

In Irland starben während der 10 Jahre bis Ende 1841 an Lungensucht 135,590; darunter waren 10,779 oder weniger als 9 Prozent unter dem Alter von 15 Jahren. An Skropheln starben daselbst in eben demselben Zeitraume 3149; davon waren 1361 oder 43 Prozent noch nicht 15 Jahre alt. Auch statistische Nachweisungen aus Paris ergeben, dass an Lungensucht die meisten zwischen 20 und 30 Jahren, dann zwischen 30 und 40 Jahren, dann zwischen 40 und 50 Jahren, dann zwischen 50 und 60 Jahren und endlich zwischen dem 1sten und 10ten Jahre starben. Aus allem dem ergiebt sich, dass gerade in derjenigen Zeit, in der die Skropheln am meisten herrschen und am kräftigsten hervortreten, die Tuberkelsucht der Lungen am wenigsten sich bemerkbar macht.

6) Verschiedenheiten zwischen Tuberkeln und Skropheln in Bezug auf das Geschlecht. Aus dem Berichte, der aus den allgemeinen Sterblichkeitslisten von England und Wales entnommen ist, ergiebt sich Folgendes:

An Lungentuberkeln starben

	1839		1840		1841	
männliche:	28,106	= 59,559;	24,519	= 52,687;	24,329	= 52,266;
weibliche:	31,453		28,168		27,937	

	1842	
männliche:	24,408	= 52,506;
weibliche:	28,098	

an Skropheln starben

	1839		1840		1841		1842	
männliche:	679	= 1151;	658	= 1205;	616	= 1088;	678	= 1186.
weibliche:	472		547		472		508	

Es ergiebt sich hieraus, dass in der Sterblichkeit an Lungensucht das weibliche Geschlecht das männliche um 15 Prozent, aber in Sterblichkeit an Skropheln umgekehrt das männliche Geschlecht das weibliche um 24 Prozent überwiegt. Nach dem Berichte von Irland starben an Lungensucht binnen 10 Jahren 63,635 männlichen und 71,955 weiblichen Geschlechts, also letztere um 13 Prozent mehr als erstere; an Skropheln starben 1920 männlichen und 1229 weiblichen Geschlechts, also das männliche um 25 Prozent mehr als das weibliche.

7) Verschiedenheiten in Bezug auf die verhältnissmässige Häufigkeit der beiden Krankheiten, der Tuberkeln und Skropheln. Im Durchschnitte starben in England und Wales jährlich an Lungensucht ungefähr 59,500, an Skropheln ungefähr 1200; hiernach verhielten sich letztere zu ersteren = 1 : 50, und hat man die Einwohnerzahl von England und Wales im Auge, so kommt auf 265 Menschen 1 Todesfall an Lungensucht und erst auf 13,255 Menschen 1 Todesfall an Skropheln. Noch deutlicher zeigt sich der Unterschied, wenn man die Stadt- und Landbewohner mit einander vergleicht. Nach Farr begriff Ende 1842 die Städtebevölkerung von England und Wales in Summa 3,759,186, und hier kam auf 235 Menschen 1 Todesfall an Lungensucht und auf 20,000 Menschen 1 Todesfall an Skropheln. Die Landbewohner von England und Wales machten Ende 1842 eine Bevölkerung von 3,446,501; hier kam 1 Todesfall an Lungensucht auf 286 Menschen und 1 Todesfall an Skropheln auf 10,000 Menschen. Hieraus ergiebt sich, dass in Städten die Lungensucht um 19 Prozent tödtlicher, als auf dem Lande ist, dass dagegen die Skropheln auf dem Lande zweimal so tödtlich sind, als in den Städten.

Auch in Bezug auf die verschiedenen Länder ergiebt sich eine Verschiedenheit zwischen dem Vorkommen der Skropheln und der Tuberkeln. In Indien ist Lungensucht nicht so häufig, wie in England, und auch Skropheln kommen nicht so oft vor. In Russland ist die Lungensucht nicht so häufig, wie in England; dagegen treten die Skropheln viel häufiger und viel bösartiger hervor. Man könnte sagen, dass an Skropheln darum wenig Menschen sterben, weil dieselben allmälig in andere Krankheiten, namentlich in Skropheln, übergehen. Der Verf. hat 382, die an Phthisis gestorben sind, genau untersucht, aber nur in 7 Andeutungen oder Ueberreste von Skropheln gefunden; Louis hat 350 Leichen Phthisischer untersucht und nur 35 mal die Halsdrüsen geschwollen gefunden. Aehnliches haben Lombard, Papavoine und Cless gefunden. Hieraus ergiebt sich, dass unter der

grossen Zahl derjenigen, die an Tuberkelphthisis sterben, nur wenige die Skrophelkrankheit entwickelt haben würden. Alle diese Umstände müssen die Identität der Tuberkeln und Skropheln sehr zweifelhaft machen, und ziehen wir noch das hinzu, was wir als Tuberkelbruch bei Thieren beobachtet haben, so können wir schon mit einiger Gewissheit annehmen, dass, wenn auch das blosse Auge, die Physik und die Chemie keinen Unterschied zwischen Skrophelstoff und Tuberkelstoff nachweisen kann, doch zwischen beiden eine Verschiedenheit obwaltet. Wir gestehen, dass gerade dieser Schluss des Verf. uns noch etwas voreilig erscheint; wir können die Identität zwischen Tuberkelstoff und Skrophelstoff nicht beweisen, wir können sie aber auch nicht läugnen. Alle Angaben des Verf., selbst die numerischen nicht ausgenommen, sind noch nicht als Beweise zu betrachten, und selbst der Umstand, auf den der Verf. so viel Gewicht legt, beweist nichts, der Umstand nämlich, dass die Drüsen, in denen eine Skrophelablagerung stattfinden soll, schon vorher in einen hypertrophischen Zustand gerathen, während das Lungengewebe rund um eine Tuberkelablagerung vollkommen unverändert bleibt.

Häufigkeit der Skropheln in England und in anderen Ländern (Kapitel 7, S. 79—91). Der Verf. hat gefunden, dass unter den Kindern der ärmeren Klasse in England in dem Alter zwischen 5 und 16 Jahren etwa 24½ Prozent an Skropheln leiden; in einigen Distrikten litten an Skropheln 72 Prozent, in anderen noch nicht 11 Prozent, so dass im Durchschnitte, wie gesagt, 24½ Prozent herauskommen. Am vorherrschendsten sind die Skropheln in den Fabrikbezirken und am wenigsten häufig in den Ackerbaubezirken. — Was die anderen Länder betrifft, so hat der Verf. auch einige Notizen gesammelt, die wir auszugsweise hier mittheilen müssen. Im Waisenhause zu Lissabon litten nach Dr. Rosas 35 Prozent an Skropheln; im Waisenhause zu Amsterdam 42 Prozent; im Waisenhause zu München litten beinahe ⅔ aller Kinder an Skropheln, jedoch soll in neueren Zeiten durch verbesserte Ventilation und Nahrung die Krankheit seltener geworden sein. In Wien litten im k. k. Waisenhause nur 11 Prozent an Skropheln; im grossen Friedrichswaisenhause in Berlin dagegen beinahe 53 Prozent; in Petersburg litten von 840 Kindern, die untersucht wurden, 343 oder beinahe 41 Prozent daran. — In Boston, Philadelphia und in Neuyork zeigen sich im Verhältnisse zu der Bevölkerung nach den von dem Verf. angegebenen statistischen Notizen die Skropheln stärker als in London. In letzterer Stadt kommt auf 17,500 Menschen durch-

chnittlich 1 Todesfall an Skropheln; in Newyork dagegen 1 auf 1241 und in Philadelphia 1 auf 453. Diese Zahlen beziehen sich auf die Jahre 1805 — 1840. In Aegypten, Syrien und Griechenland zeigen sich die Skropheln ebenfalls sehr häufig, obwohl in etwas geringerem Verhältnisse als in England; eben so ist es in Indien, wo die Eingeborenen mehr an Skropheln leiden, als die Kinder der eingewanderten Engländer. In Madeira, diesem für Phthisis so günstigen Klima, kommen auch die Skropheln oft genug vor. Sehr häufig sind die Skropheln in Paris und Genf. In Paris kam auf 3120 Menschen 1 Todesfall an Skropheln; in Genf kam im Jahre 1842 1 auf 3867 Menschen, während in London im Jahre 1840, wie schon gesagt, nur auf 47,500 Menschen und im Jahre 1842 auf 9000 Menschen 1 solcher Todesfall kam. Es scheint sowohl hiernach, wie auch nach anderen vom Verf. angegebenen Daten, dass in Paris sechsmal so viel Todesfälle an Skropheln als in London vorkommen, und es ergiebt sich zum Schlusse daraus, dass man Unrecht thut, England vorzugsweise als das Land der Skropheln zu betrachten und dieses Uebel englische Krankheit zu nennen. Wir bemerken nur, dass die Rhachitis, von der noch nicht erwiesen ist, dass sie vollkommen mit den Skropheln zusammenfällt, und die höchstens als eine Abart derselben betrachtet werden kann, nicht darum englische Krankheit genannt wird, weil sie vorzugsweise in England vorkäme, sondern weil man von England aus zuerst gute Darstellungen dieser Krankheit bekommen hat.

Sind die Skropheln in England im Zunehmen? (Kapitel 8, S. 92 — 98). Wir brauchen hier nur die Uebersicht über 6 verschiedene Jahre in Bezug auf London zu geben, die der Verf. in einer Note diesem Kapitel beifügt.

Jahr.	Bevölkerung von London.	Todesfälle im Allgemeinen.	Todesfälle an Lungensucht.	Todesfälle an Skropheln.
1700	665,000	20,900 = 1 : 4	3589 = 1 : 182	73 = 1 : 9,180
1750	654,000	25,350 = 1 : 26	4530 = 1 : 144	22 = 1 : 29,727
1801	777,000	19,680 = 1 : 40	5028 = 1 : 154	5 = 1 : 155,400
1811	888,000	18,575 = 1 : 48	4511 = 1 : 296	5 = 1 : 177,600
1821	1,050,000	19,056 = 1 : 55	4491 = 1 : 233	10 = 1 : 105,000
1831	1,233,000	20,910 = 1 : 61	4775 = 1 : 258	9 = 1 : 135,888

Hieraus würde sich ergeben, dass die Skropheln sehr abgenommen haben; allein wir trauen diesen Zahlenangaben des Verf. nicht; wir begreifen einmal nicht, wie die hier gegebenen Verhältnisszahlen mit den früher von ihm angeführten stimmen, denn S. 89 nennt er die Zahl der Todesfälle zu der Zahl der Bevölkerung im Jahre 1840 = 1 : 17,500 und S. 91 in den 4 Jahren von 1839 bis Ende 1842 = 1 : 9000. Sind die Verhältnisse hier überall richtig angegeben, so wäre ja zwischen diesen letztgenannten Jahren und dem Jahre 1831 ein ungeheurer, kaum denkbarer Abstand.

Bei dieser Gelegenheit kommen wir zu einem sehr interessanten Gegenstande, nämlich zu der sogenannten Königsheilung der Skropheln. Diese Krankheit wurde Königsübel genannt, und so wie in Frankreich in alten Zeiten die Berührung mit der Hand des Königs hinreichte, um den Kropf zu heilen, so gehörte es in England zu den Eigenschaften des Königs, durch Berührung mit seiner Hand die Skropheln zu heilen. Ueber die Zeremonie, die dabei obwaltete, finden wir bei dem Verf. eine genaue Mittheilung, die wir als Kuriosum hier aufnehmen.

Verfahren zur Heilung der Skropheln durch die Berührung mit der Hand des Königs aus den Zeiten Heinrich's VII. von England.

Der König knieet nieder und sagt: Im Namen des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes, Amen. Gebet den Segen. — Darauf der Kaplan, der vor dem Könige knieet und eine Stola um den Hals hat, antwortet: Der Herr sei in Deinem Herzen und auf Deinen Lippen, damit Du alle Deine Sünden bekennest; im Namen des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes, Amen! Hierauf sagt der König: Ich bekenne zu Gott, der gesegneten Jungfrau Maria und allen Heiligen, dass ich gesündigt habe in Gedanken, Wort und That durch meine Sünden; ich bitte Dich, heilige Jungfrau und alle Heiligen Gottes und Dich, ehrwürdiger Priester, für mich zu beten. — Worauf der Kaplan: Der allmächtige Gott habe Gnade für Dich und verzeihe Dir alle Sünden, befreie Dich von jeglichem Uebel, behalte Dich auf gutem Wege und schenke Dir ein langes Leben, Amen! Der allmächtige Gott gewähre Dir Absolution und Nachlass aller Deiner Sünden, Zeit zur Busse und zur Besserung in der Gnade und dem Troste seines heiligen Geistes, Amen! — So wie der Kaplan dieses gesagt hat, fügt er hinzu: Der Herr sei mit Dir! — Worauf der König: Und zu uns Allen komme sein heiliger Geist, Amen! Indem nun der Kaplan einen

Theil des Evangeliums von St. Markus vorträgt, liest er besonders folgende Worte mit lauter Stimme: „Lass ihn kommen zu den elf, die da sassen am Tische, und er tadelte ihre Ungläubigkeit und Herzenshärte, weil sie denen nicht glaubten, die ihn wieder hatten aufstehen sehen. Und er sagte zu ihnen: Gehet in alle Welt und predigt das Evangelium allen Kreaturen. Er, der glaubet und getaufet ist, soll erlöset werden, aber er, der nicht glaubet, soll verdammt werden, und denjenigen, die da glauben, sollen diesen Zeichen folgen. In meinem Namen werden sie Teufel austreiben und werden mit neuen Zungen sprechen; Schlangen werden sie anfassen, und wenn sie ein tödtliches Getränke trinken, so wird es ihnen keinen Schaden bringen; sie werden ihre Hände auflegen auf die Kranken, und diese werden gesund werden." — So wie dieser letztere Satz beginnt, knieet der Hofschreiber mit dem Kranken an der rechten Hand vor den König und dieser legt die Hand auf das Uebel des Kr. und streicht abwärts. Während der ganzen Zeit wiederholt der Kaplan die letzten Worte des Evangeliums, und schliesst dann, indem der Chirurg den Kr. wieder hinausführt, mit den übrigen Worten des Evangeliums. Bald darauf beginnt er aber den Vortrag von Neuem mit der Offenbarung Johannis und zwar mit den Worten: „Im Anfang war das Wort und das Wort war mit Gott und Gott war das Wort." So wie er zu den Worten kommt: Es war das wahre Licht, welches jedem Menschen leuchtet, der in diese Welt kommt, wiederholt er diese Worte, bis der Kr. dem Könige wieder vorgestellt ist und dieser einen Angelus (ein Goldstück mit einem Engel darauf) nimmt, damit kreuzweise auf das Skrophelübel drückt und ihn dem Kr. um den Hals hängt, damit er ihn trage bis er gesund werde. Hierauf wird der Kr. noch einmal hinausgeführt, dann aber, wenn der Kaplan das Vorlesen des Evangeliums beendigt hat, wieder hineingeführt, um neben dem Könige zu knieen und mit ihm zu beten. — Wir übergehen das Uebrige dieser merkwürdigen Zeremonie. Es scheint, dass jährlich sehr Viele herbeikamen, um sich durch die Berührung mit der Hand des Königs heilen zu lassen; es scheint aber auch, dass sehr Viele nur herbeikamen, um die Goldmünze zu bekommen, denn zu Zeiten Karl's II. musste die Vorsorge getroffen werden, dass nur solche zugelassen wurden, die von Geistlichen und den Aufsehern ihres Kirchenbezirks ein Attest hatten. Wie gross die Anzahl derjenigen gewesen ist, die auf diese Weise Hülfe suchten, geht aus einem Register hervor, welches in die Hände des Verf. gelangt ist. Während der Jahre 1660—1664 wurden 23,601 und

während der Jahre 1667 — 1684 wurden 16,506 Skrophelkranke mit der Berührung mit der Hand des Königs begnadigt. Durchschnittlich wurden unter Karl II. 7675 Skrophelkranke jedes Jahr der Berührung mit seiner Hand unterworfen.

(Fortsetzung im folgenden Hefte.)

III. Klinische Mittheilungen.

A. Hôpital-Necker in Paris (Klinik von Trousseau).

Ueber die Diarrhoe der Kinder, deren verschiedene Formen, Ursachen und Behandlung.

„M. H.! Welchen Einfluss die Jahreszeiten und die damit verbundenen Witterungsveränderungen auf das kindliche Alter haben, sieht man besonders in den für Kinderkrankheiten bestimmten Hospitälern. Während des vergangenen Winters sahen wir eine grosse Anzahl von Brust- und Kopfaffektionen vor uns vorüberziehen. Während der heissen Jahreszeit werden wir hauptsächlich mit Darmaffektionen zu thun haben. Hatten wir in jedem Wintermonate 12—15 Fälle von Pneumonie, so treten nun die Brustkrankheiten zurück. Pneumonie ist selten oder gar nicht mehr zu sehen; gastrische Symptome werden immer häufiger, und zwar ist die Diarrhoe diejenige Form derselben, die am meisten vorkömmt. Es ist aber grade die Diarrhoe der Kinder eine Krankheit, die am schwierigsten zu behandeln ist, weil sie noch nicht gehörig erkannt und unterschieden wird, und ich will daher diesem Gegenstande, seiner Wichtigkeit wegen, einen besondern Vortrag widmen. Ich muss zuvörderst bemerken, dass, obwohl ich seit 8 Jahren mich täglich mit dem Studium der Kinderkrankheiten beschäftigt habe, ich mich doch noch in vieler Beziehung im Dunkeln befinde, und dass ich auch über die Diarrhoe der Kinder nicht im Stande bin, eine vollständige, durchaus befriedigende Darstellung zu liefern, sondern dass es nur meine Absicht sein kann, Sie, m. H., den Gegenstand, so weit unsere Kenntniss jetzt reicht, kennen zu lehren. Um in das, was ich Ihnen zu sagen die Absicht habe, einige Ordnung zu bringen, halte ich es für nöthig, die verschiedenen Formen der Diarrhoe bei Kindern, so weit sie für die Praxis von Einfluss sind, neben einander zu stellen. Ich nehme nur

vier Primärformen der Diarrhoe bei Kindern an, nämlich 1) *Diarrhoea biliosa;* 2) *D. mucosa;* 3) *D. lienterica* und 4) *D. choleriformis* oder *Cholera infantilis.* Diese vier Formen sind vollkommen deutlich von einander unterschieden, und alle die Varietäten von Diarrhoe, die bei Kindern beobachtet worden sind und die in unserer Klassifikation keinen Platz zu finden scheinen, ergeben sich als Kombinationen zweier oder mehrerer Originalformen oder nur als geringe Abweichungen von denselben."

„Die biliöse Diarrhoe kann in einer einfachen Zunahme der Gallenabsonderung und der Absonderung des Pankreas, oder in einer wirklichen Umwandlung dieser Sekrete ihren Grund haben; oder mit andern Worten, es kann dieser gallige Durchfall in einer quantitativen Steigerung oder in einer qualitativen Umänderung der Galle und des pankreatischen Saftes beruhen. Beides kann aus einer örtlichen Reizung entspringen, aber die blos quantitative Steigerung der Gallenabsonderung kann auch die Folge einer selbstständigen psychologischen Erregung sein. Etwas ganz Aehnliches finden wir in der durch Reizung des Mundes mittelst Merkurs bewirkten Salivation und in dem durch Sorgen bewirkten Thränenergusse. Eine Reizung oder geringe Entzündung des Magens oder Zwölffingerdarms bewirkt eine starke Gallenentleerung in den Darm, aber auch Furcht, Schreck, Zorn, kurz manche heftige Nervenaffekte bewirken ebenfalls eine Erregung der Galle und der Absonderung aus dem Pankreas und den Nieren. Täglich treffen wir auf Beispiele von der grossen Wirksamkeit der psychologischen Reize auf die konglomerirten Drüsen. Die Diarrhoe des jungen Soldaten, der zum ersten Male in die Schlacht geht, ist ebenfalls ein Beweis dieser psychologischen Erregung, und nicht nur auf die Gallen-, Nieren- und Thränenabsonderung erstreckt sich dieser Einfluss, sondern auch auf die Saamenentleerung, welche durch den Einfluss von Träumen hervorgerufen wird. Heftige Anstrengung, starke Schweisse bewirken bei manchen Menschen Diarrhoe. Bei der sogenannten Wasserkur, einem Verfahren, das zu viele Vortheile darbietet, als dass wir Aerzte es den Quacksalbern gänzlich überlassen dürften, haben wir gefunden, dass manche Kranken in den Decken eingepackt liegen, und veranlasst werden, mehrere Gläser Wasser zu trinken, aber dass, wenn dennoch das Schwitzen nicht eintritt, sie dagegen ein Poltern im Leibe bekommen und eine gallige Diarrhoe, indem die Schleimhaut des Darmkanals gleichsam die Thätigkeit der Kutis übernimmt. Eine der häufigsten Ursachen der Diarrhoe ist die Art der Nahrung. Das Vorhandensein

der Kolostrumkügelchen in der Milch der Säugenden, entspringend nach Donné aus einer latenten Reizung der Mamma, plötzliches Entwöhnen, das Darreichen unpassender Nahrung bewirken ebenfalls sehr häufig Diarrhoe bei Kindern. Nicht nur eine unzureichende Bedeckung während der Nacht, sondern auch ein zu warmes Bedecken ruft ebenfalls Diarrhoe hervor. Unter den niederen Klassen findet man diese beiden Ursachen häufig; sehr oft liegen die Kinder entblösst, nur unzureichend bedeckt in kühlen und sehr feuchten Zimmern; oft aber auch wird das Kind mit dicken Kissen oder vielen Kleidungsstücken und Decken umhüllt; es geräth in starken Schweiss, und ohne an diesen Schweiss zu denken, nimmt die Mutter es heraus, um es zu säugen oder zu reinigen, und setzt es so mehrmals des Tages einem plötzlichen Temperaturwechsel aus; Lungenaffektionen im Winter und Darmaffektionen im Sommer sind die Folgen dieses Verfahrens."

„Die biliöse Diarrhoe beginnt gewöhnlich mit etwas Fieber; Erbrechen begleitet sie oder geht ihr voran. Die Zunge ist belegt; das Kind hat einen bittern Geschmack im Munde und der Appetit fehlt. Die Farbe der Darmausleerung variirt zwischen gelb und grün, je nachdem die Gallensekretion in ihrer Qualität verändert oder in ihrer Quantität nur vermehrt ist. Ein solcher Durchfall dauert 3—6 Tage und endigt sehr günstig, wenn nicht ein übles Verfahren oder ein schlechtes Verhalten dagegen wirkt. Man kann selbst die biliöse Diarrhoe als einen katarrhalischen Zustand der Schleimhaut des Darmkanals betrachten, obwohl eigentlich nur der muköse Durchfall so genannt werden darf. Diese Form charakterisirt sich durch eine ganz neue Absonderung aus dem Darmkanal; sie ist oft die Folge einer biliösen Diarrhoe oder der Indigestion. Der in die Verdauungswege gebrachte unpassende Nahrungsstoff wirkt wie ein fremder Körper auf den Darm, erzeugt eine örtliche Reizung und bewirkt so eine vermehrte Schleimabsonderung; dieser muköse Durchfall ist sehr häufig und glücklicherweise nicht sehr gefährlich. Wenn aber die Reizung des Verdauungskanals über gewisse Gränzen hinausgeht, so bekommen die Dinge ein ernsteres Ansehen; Enteritis tritt ein und die Produkte der Entzündung befinden sich in der Ausleerung. Kolitis tritt nicht selten ein und giebt sich durch heftigen Schmerz und Tenesmus kund; das Kind schreit 2—3 Minuten vor den Ausleerungen sehr heftig; mit den Ausleerungen geht etwas Blut ab, kurz die Diarrhoe bekömmt den Charakter der Ruhr. Zeigt sich die Entzündung nicht im Dickdarme, sondern hat sie ihren Sitz im Dünndarme, so tritt unsere dritte Art

von Diarrhoe ein, nämlich die lienterische. Bei dieser Varietät gehen die Nahrungsstoffe unverändert durch den Darmkanal ab und finden sich in den Ausleerungen, in denen man deutlich Reiskörner, vegetabilische Substanzen, geronnene Milch u. dergl. unterscheiden kann. Diese Form von Diarrhoe ist sehr gefährlich, besonders darum, weil das Kind schnell an Kräften verliert und man ausser Stand gesetzt ist, durch Ernährung seine Kräfte aufrecht zu erhalten."

„Die übelste Form ist die choleraartige Diarrhoe der Kinder oder, gradezu gesagt, die Kindercholera. Sie ist fast immer tödtlich und entsteht entweder selbstständig oder bildet sich aus einer der eben genannten Arten der Diarrhoe heraus. Nach einigen Darmausleerungen von biliösem oder mukösem Charakter fängt das Kind plötzlich an heftig zu erbrechen, wogegen alle Anstrengungen der Kunst unwirksam bleiben. Mit dem Erbrechen verändern sich zugleich die Darmausleerungen, die jetzt nur als ein grünliches Wasser erscheinen. Allgemeine Symptome von sehr beunruhigendem Charakter gesellen sich hinzu: die Augen sinken in ihre Höhlen, die Gesichtszüge fallen zusammen, die Haut bekömmt eine bläuliche Farbe; Nase, Zunge, Gliedmaassen und selbst der Athem werden kalt; das Kind schreit, aber der Ton der Stimme ist heiser, wimmernd und stossend; die Kutis verliert ihre Elastizität, so dass die Falten, welche man darin mit den Fingern macht, stehen bleiben, als wenn sie eine todte Membran wäre. Das Kind ist schlaflos, hat aber keine Krämpfe. Diese eben geschilderten Symptome bezeichnen die erste Periode der Kindercholera; in der zweiten Periode hören Erbrechen und Durchfall auf, aber ohne dass Besserung eintritt; der Kollapsus nimmt zu und das Kind ist dem Tode verfallen. Wir haben jedoch den Trost gehabt, einige Kinder, die an Cholera litten, zu retten; wir haben in diesem Augenblick ein solches Kind in unsern Sälen, bei dem sich der Gebrauch des *Tartarus natronatus* sehr wirksam erwiesen hat."

„Was die biliöse Diarrhoe der Kinder betrifft, so haben wir keine Mittel gefunden, von denen man mit Bestimmtheit sagen kann, dass sie unter allen Umständen den Vorzug verdienen. Man pflegt diese Diarrhoe gewöhnlich Gastro-Enteritis zu nennen, weil diese Bezeichnung insgemein ein antiphlogistisches Verfahren als nothwendig präsumirt. Wir halten jedoch diese Benennung für zu beschränkt, da es Umstände giebt, unter denen die biliöse Diarrhoe eine ganz andere Behandlung erfordert; überhaupt muss ich es tadeln, dass man für eine ganze Krankheitsgruppe ein Mittel oder ein Verfahren entschieden

der Kolostrumkügelchen in der Milch der Säugenden, entspringend nach Donné aus einer latenten Reizung der Mamma, plötzliches Entwöhnen, das Darreichen unpassender Nahrung bewirken ebenfalls sehr häufig Diarrhoe bei Kindern. Nicht nur eine unzureichende Bedeckung während der Nacht, sondern auch ein zu warmes Bedecken ruft ebenfalls Diarrhoe hervor. Unter den niederen Klassen findet man diese beiden Ursachen häufig; sehr oft liegen die Kinder entblösst, nur unzureichend bedeckt in kühlen und sehr feuchten Zimmern; oft aber auch wird das Kind mit dicken Kissen oder vielen Kleidungsstücken und Decken umhüllt; es geräth in starken Schweiss, und ohne an diesen Schweiss zu denken, nimmt die Mutter es heraus, um es zu säugen oder zu reinigen, und setzt es so mehrmals des Tages einem plötzlichen Temperaturwechsel aus; Lungenaffektionen im Winter und Darmaffektionen im Sommer sind die Folgen dieses Verfahrens."

„Die biliöse Diarrhoe beginnt gewöhnlich mit etwas Fieber; Erbrechen begleitet sie oder geht ihr voran. Die Zunge ist belegt; das Kind hat einen bittern Geschmack im Munde und der Appetit fehlt. Die Farbe der Darmausleerung variirt zwischen gelb und grün, je nachdem die Gallensekretion in ihrer Qualität verändert oder in ihrer Quantität nur vermehrt ist. Ein solcher Durchfall dauert 3—6 Tage und endigt sehr günstig, wenn nicht ein übles Verfahren oder ein schlechtes Verhalten dagegen wirkt. Man kann selbst die biliöse Diarrhoe als einen katarrhalischen Zustand der Schleimhaut des Darmkanals betrachten, obwohl eigentlich nur der muköse Durchfall so genannt werden darf. Diese Form charakterisirt sich durch eine ganz neue Absonderung aus dem Darmkanal; sie ist oft die Folge einer biliösen Diarrhoe oder der Indigestion. Der in die Verdauungswege gebrachte unpassende Nahrungsstoff wirkt wie ein fremder Körper auf den Darm, erzeugt eine örtliche Reizung und bewirkt so eine vermehrte Schleimabsonderung; dieser muköse Durchfall ist sehr häufig und glücklicherweise nicht sehr gefährlich. Wenn aber die Reizung des Verdauungskanals über gewisse Gränzen hinausgeht, so bekommen die Dinge ein ernsteres Ansehen; Enteritis tritt ein und die Produkte der Entzündung befinden sich in der Ausleerung. Kolitis tritt nicht selten ein und giebt sich durch heftigen Schmerz und Tenesmus kund; das Kind schreit 2—3 Minuten vor den Ausleerungen sehr heftig; mit den Ausleerungen geht etwas Blut ab, kurz die Diarrhoe bekömmt den Charakter der Ruhr. Zeigt sich die Entzündung nicht im Dickdarme, sondern hat sie ihren Sitz im Dünndarme, so tritt unsere dritte Art

von Diarrhoe ein, nämlich die lienterische. Bei dieser Varietät gehen die Nahrungsstoffe unverändert durch den Darmkanal ab und finden sich in den Ausleerungen, in denen man deutlich Reiskörner, vegetabilische Substanzen, geronnene Milch u. dergl. unterscheiden kann. Diese Form von Diarrhoe ist sehr gefährlich, besonders darum, weil das Kind schnell an Kräften verliert und man ausser Stand gesetzt ist, durch Ernährung seine Kräfte aufrecht zu erhalten."

„Die übelste Form ist die choleraartige Diarrhoe der Kinder oder, gradezu gesagt, die Kindercholera. Sie ist fast immer tödtlich und entsteht entweder selbstständig oder bildet sich aus einer der eben genannten Arten der Diarrhoe heraus. Nach einigen Darmausleerungen von biliösem oder mukösem Charakter fängt das Kind plötzlich an heftig zu erbrechen, wogegen alle Anstrengungen der Kunst unwirksam bleiben. Mit dem Erbrechen verändern sich zugleich die Darmausleerungen, die jetzt nur als ein grünliches Wasser erscheinen. Allgemeine Symptome von sehr beunruhigendem Charakter gesellen sich hinzu: die Augen sinken in ihre Höhlen, die Gesichtszüge fallen zusammen, die Haut bekömmt eine bläuliche Farbe; Nase, Zunge, Gliedmaassen und selbst der Athem werden kalt; das Kind schreit, aber der Ton der Stimme ist heiser, wimmernd und stossend; die Kutis verliert ihre Elastizität, so dass die Falten, welche man darin mit den Fingern macht, stehen bleiben, als wenn sie eine todte Membran wäre. Das Kind ist schlaflos, hat aber keine Krämpfe. Diese eben geschilderten Symptome bezeichnen die erste Periode der Kindercholera; in der zweiten Periode hören Erbrechen und Durchfall auf, aber ohne dass Besserung eintritt; der Kollapsus nimmt zu und das Kind ist dem Tode verfallen. Wir haben jedoch den Trost gehabt, einige Kinder, die an Cholera litten, zu retten; wir haben in diesem Augenblick ein solches Kind in unsern Sälen, bei dem sich der Gebrauch des *Tartarus natronatus* sehr wirksam erwiesen hat."

„Was die biliöse Diarrhoe der Kinder betrifft, so haben wir keine Mittel gefunden, von denen man mit Bestimmtheit sagen kann, dass sie unter allen Umständen den Vorzug verdienen. Man pflegt diese Diarrhoe gewöhnlich Gastro-Enteritis zu nennen, weil diese Bezeichnung insgemein ein antiphlogistisches Verfahren als nothwendig präsumirt. Wir halten jedoch diese Benennung für zu beschränkt, da es Umstände giebt, unter denen die biliöse Diarrhoe eine ganz andere Behandlung erfordert; überhaupt muss ich es tadeln, dass man für eine ganze Krankheitsgruppe ein Mittel oder ein Verfahren entschieden

als das allein richtige herausstellt; es verräth eine gewisse rohe Empirie, wenn man für die Syphilis den Merkur, für die Anämie das Eisen und für das Wechselfieber die Chinarinde als unerlässlich und als ein Mittel, zu dem man greifen muss, erklärt. Der rationelle Arzt wird in jedem Falle zu individualisiren verstehen und wird sich nach so allgemeinen Vorschriften nicht richten. Es kann wohl sein, dass die biliöse Diarrhoe mit Gastro-Enteritis zusammenhängt und dass ein antiphlogistisches Verfahren, namentlich Blutentziehung, Ableitung u. s. w., dagegen in Anspruch genommen werden muss. Dies ist jedoch der seltenere Fall; meistens besteht die biliöse Diarrhoe nur in einer verstärkten Gallenabsonderung, gleichsam in einem sehr oberflächlichen oder geringen Darmkatarrh, und hier würden die streng antiphlogistischen Mittel nur Nachtheil bringen. Die wirksamsten Mittel, die man hier empfehlen kann, sind die Neutralsalze, als der *Tartarus natronatus*, das *Natrum phosphoricum*, Glaubersalz oder Epsomsalz. Keinesweges empfehlen wir diese Mittel als Purganzen, sondern als Neutralsalze; denn Rizinusöl, Manna, Magnesia, die auch abführend wirken, werden hier niemals Erfolg haben. Wir bedienen uns auch der Ipekakuanha in kleinen Gaben und zwar mit etwas Schleim oder Syrup gemischt. Die Wirkung der Ipekakuanha ist eine dreifache; sie wirkt verändernd auf die Sekretion des Darmkanals, zertheilend und zugleich diaphoretisch. Ist aber die biliöse Diarrhoe die blosse Folge einer Nervenerregung, z. B. der Furcht, der Angst, des Schrecks, so ist Opium das beste Mittel, das man geben kann. Diese Fälle charakterisiren sich durch die Abwesenheit alles Schmerzes und aller beunruhigenden Symptome während der ersten 24 — 36 Stunden; ich gebe kleinen Kindern unter 6 Monaten höchstens einen Tropfen Laudanum, älteren Kindern 2 — 3 Tropfen, und zwar in irgend einer passenden Flüssigkeit. Hat aber die durch Nervenerregung entstandene Diarrhoe schon über die genannte Zeit hinaus gedauert, so verliert das Opium seine Wirksamkeit, weil die vermehrte Gallensekretion schon Zeit gehabt hat, einen Reizungszustand in der Schleimhaut des Darmkanals hervorzurufen; ich nehme alsdann zu den Neutralsalzen meine Zuflucht."

„Bei der mukösen Diarrhoe bediene ich mich entweder der abführenden Salze oder des Kalomels und des Rhabarbers. Ich gebe ½ Gran Kalomel täglich und setze dieses 2—3 Tage hinter einander fort. Den Rhabarber gebe ich gewöhnlich in Syrupsform. Auf die Diät des Kindes richte ich ganz besondere Sorgfalt; seine Nahrung muss sehr mässig

und milde sein; sie darf nur in guter, frischer Milch, etwas Mehl oder Brühe bestehen; jedoch muss auch die Idiosynkrasie des Kindes zugleich mit ins Auge gefasst werden, da manches Kind diesen, manches Kind jenen Nahrungsstoff lieber nimmt."

„Was die lienterische Diarrhoe betrifft, so habe ich gesagt, dass sie sich hauptsächlich durch Abgang unverdauter Stoffe charakterisirt; wollte man sich immer des Mikroskops bedienen, so würde man, glaube ich, diesen Zustand weit häufiger finden, als man annimmt. Es kommen Durchfälle bei Kindern vor, ohne dass sie Fieber oder irgendwo grosse Schmerzen zu haben scheinen, aber die ausgeleerten Stoffe sehen sehr übel aus und die Kinder werden magerer. Was hat der Arzt hier zu thun? Er muss die Ausleerungen genau besichtigen, und findet er unverdaute Stoffe in denselben, so muss er daran denken, dass die Parthieen erkrankt sind, in denen die Verarbeitung der Nahrungsstoffe stattfinden sollte. Er muss aber bedenken, dass der Grund, weshalb die Verarbeitung nicht stattfindet, entweder in einer wirklichen Entzündung des Darms bestehen kann, so dass dieser zu heftigen peristaltischen Kontraktionen angeregt wird, oder nur in einer funktionellen Störung, auf welche sekundär eine Entzündung folgen kann. Ich will mich noch deutlicher ausdrücken: es kann die Lienterie eine Folge von Entzündung des Dünndarms sein, welche auch nothwendigerweise eine Veränderung in der Funktion desselben herbeiführen muss; oder es kann eine Veränderung in der Funktion des Darms das Erste sein, und eine Entzündung desselben sekundär darauf folgen. Es kann aber auch noch ein dritter Fall stattfinden; es kann nämlich in Folge der Störung eines anderen Organs der Darm in einen Zustand versetzt werden, dass er unfähig wird, seine Funktionen zu verrichten; wenn z. B. der Dünndarm den wohlbereiteten Chymus sehr gut verträgt, kann er in einen Entzündungszustand versetzt werden, sobald der Magen seine Funktion nicht gehörig vollzieht und der Darm gezwungen ist, nichtverdaute Stoffe von demselben aufzunehmen. Die Lienterie, die aus Schwäche entspringt, kann zu wirklicher Enteritis und Kolitis führen. Die ausgeleerten Stoffe in der Lienterie sind sauer, ganz im Gegensatze zur Norm, und dies ist wohl einer der Gründe, weshalb sich hier Alkalien sehr wirksam erweisen. Was ich in der Lienterie besonders benutze, ist Magnesia in kleinen Gaben zu 1 — 5 Gran täglich, Kalkwasser zu 20 — 60 Gran oder doppeltkohlensaures Natrum zu 2 — 8 Gran täglich."

„Die bei der Lienterie eintretende Veränderung des Blutes, die

meistens eine sekundäre, nur sehr selten eine primäre ist, muss durch passende Mittel bekämpft werden. Am wirksamsten habe ich hier das gewöhnliche Küchensalz gefunden, das ich zu 5 — 60 Gran täglich verabreiche. Seien Sie aber vorsichtig, wenn Sie diesen Stoff verordnen. Wenn Sie es geben wollen, so lassen Sie es nicht aus der Küche holen, sondern verschreiben Sie es in gewöhnlicher Rezeptform aus der Apotheke oder reichen Sie es in irgend einem Mineralwasser. Lassen Sie es aus der Küche kommen, so wird man Ihrem Mittel nur wenig Vertrauen schenken. Ausserdem verordnen Sie Mineralbäder, nämlich lauwarme Bäder mit 3 — 6 Unzen schwefelsauren Eisens, schwefelhaltige oder aromatische Bäder, oder auch Bäder mit Rothwein und mit Seesalz versetzt. Vor allen Dingen bringe man das Kind viel in die freie Luft und besonders in die Sonne. Die Nahrung muss in guter Milch oder Fleischbrühe bestehen, aber das Kind muss davon jedesmal sehr wenig, aber dafür öfter bekommen. Ist Kolitis vorhanden, so verordne ich Klystiere, schwach mit schwefelsaurem Zink oder Höllenstein versetzt, und füge, wenn Schmerz vorhanden ist, $\frac{1}{2}$—1 Tropfen Opiumtinktur hinzu."

„Enthalten die Ausleerungen des Kindes eine zähe, gleichsam glasige Materie, so kann man annehmen, dass die Darmschleimhaut sich im Entzündungszustande befindet. Sind die Ausleerungen glasartig oder grünlich und enthalten sie geronnene Milch, so ist der Dünndarm der Sitz der Affektion; sind aber die Ausleerungen gelblich und hier und da mit Blut gefärbt, so ist der Dickdarm ergriffen. Auch in diesen Formen der Diarrhoe gebe ich die Ipekakuanha, lasse aber darauf abführende Salze, als schwefelsaures Kali, schwefelsaures Natrum und *Tartarus natronatus*, folgen. In heftigen Fällen gebe ich diese Arzneistoffe 2 Tage hinter einander; ist Kolitis vorhanden, so unterstütze ich ihre Wirkung durch örtliche Mittel, nämlich durch Klystiere, die auf 8 — 10 Unzen Flüssigkeit 1 — 2 Gran Höllenstein *enthalten*, und damit diese Klystiere gehörig wirken, lasse ich den Darm vorher durch Klystiere von lauwarmem Wasser ausspülen. Sollten, was *häufig* der Fall ist, die Kinder durch ihr Geschrei und ihr Zappeln das Darreichen der Klystiere und ihr Verweilen verhindern, so schiebe man eine Kautschukröhre, die einige Zoll lang ist, in den After und setze in dieselbe die Klystierspritze ein, und dann drücke man die Hinterbacken fest zusammen. Auf diese Weise wird das Klystier tief in den Darm hinein gelangen und in demselben gehörige Zeit verbleiben. Sind die Symptome nur mild, so ist 1 Klystier des Tages, und zwar 3 bis

4 Tage hinter einander gegeben, hinreichend; in heftigen Fällen muss es zweimal in 24 Stunden wiederholt werden. Schwefelsaures Zink, schwefelsaures Kupfer, Kupferammoniak kann auch mit Erfolg benutzt werden, aber das salpetersaure Silber ist im Allgemeinen vorzuziehen. Sind sehr heftige Kolikschmerzen und Tenesmen oder sonst Schmerzen im Bauche vorhanden, so gebe man eine ganz kleine Dosis Laudanum entweder im Getränk oder im Klystier. Hat die Krankheit schon einige Zeit gedauert, sind die Schmerzen alle verschwunden, so kann man zu den Adstringentien seine Zuflucht nehmen. Ich habe mich unter solchen Umständen des *Extractum Monoesiae* zu 2—4 Gran oder des *Extractum Ratanhiae* zu 5—8 Gran bedient."

„Die choleraartige Diarrhoe der Kinder wird fast eben so behandelt, wie die asiatische Cholera in ihrem Kältestadium, und der Arzt muss sich bemühen, das bis aufs Tiefste ergriffene Nervensystem zu erheben und zu modifiziren; die Darmsekretionen verdienen auch eine Rücksicht, jedoch nicht in dem Grade, wie das daniederliegende Nervenleben. Um eine Revulsion auf die Haut zu bewirken, passen rothmachende Mittel, die man mit Darreichung innerer Reizmittel verbindet. Zu empfehlen sind Senfteige auf verschiedene Theile des Körpers, oder, noch besser, Senfmehl in Form eines Kissens auf die Theile gelegt, auf welchen es nur 10 Minuten zu liegen braucht. Solche Senfmehlkissen erregen die Haut ebenfalls und haben den Vortheil, mit Leichtigkeit von einem Orte zum andern geschoben werden zu können. Ammoniakalien, so wie überhaupt die Alkalien, sind in dieser Krankheit nicht passend, weil sie in derselben noch mehr defibrinisiren. Flüchtige, spirituöse Dinge, namentlich Aether, in Verbindung mit Pfeffermünzwasser, Melissenwasser u. s. w., zeigen sich besonders wirksam. Ich gebe den Kindern einen Theelöffel voll *Aqua Menthae* bis die Haut warm wird, der Athem seine natürliche Temperatur erlangt und der Puls deutlicher geworden ist. Die Ipekakuanha ist ein treffliches Mittel, darf aber nicht eher gegeben werden, als bis Reaktion eingetreten ist. Ist durch diese Mittel der choleraartige Zustand beseitigt, so pflegt sich gewöhnlich eine oder die andere der schon beschriebenen Formen von Enteritis einzustellen. In keiner akuten Kinderkrankheit darf man eine strenge Diät durchführen wollen; selbst bei der choleraartigen Diarrhoe darf den Kindern nicht vollständig alle Nahrung entzogen werden; man gebe ihnen Milch und Wasser, wozu man nach Umständen etwas Wismuth, Kreide oder kohlensauren Kalk zusetzt; auch etwas geriebenes Weissbrod mit Wasser, wozu etwas Ei-

gelb gethan und wenn es die Umstände erfordern, eine äusserst geringe Menge Laudanum zugesetzt wird, ist ein passendes Nahrungsmittel."

„Was die Prognose der Durchfälle bei Kindern betrifft, so habe ich gefunden, dass Kinder, die noch an der Brust liegen, weit weniger daran sterben, als diejenigen, die eben entwöhnt worden sind. Bekommt ein Kind den Durchfall, während es noch an der Brust liegt, so muss man es nicht entwöhnen, wenn nicht die Muttermilch durch ihre schlechte Qualität selber daran die Schuld hat. Man muss immer bedenken, dass die Milch eines Thieres wegen des grossen Antheils von Fettstoff schwerer verdaulich ist, als die Muttermilch, und dass, wenn die Verdauung eine Störung erlitten hat, eine schwerverdauliche Milch noch bedeutenden Nachtheil bringen muss. Man lasse ein krank gewordenes Kind deshalb an der Mutterbrust liegen, man lege es einige Minuten an und gebe ihm lieber inzwischen etwas leichte Nahrung. Ist das Kind erst vor Kurzem entwöhnt worden, so gebe man ihm, wenn möglich, seine Ammenbrust wieder. Ist die Entwöhnung erst seit Kurzem geschehen, so pflegt das Kind die Brust sehr gern wiederzunehmen. Ich habe Kinder gesehen, die 6 Wochen entwöhnt waren und die die Brust wiedernahmen. Kann man dieselbe Amme nicht wieder haben oder taugt sie nichts mehr, so muss man eine neue Amme besorgen, aber ihr die ersten paar Male das Kind im Dunkeln anlegen, weil das Kind sonst, wenn es ein fremdes Gesicht sieht, die Brust nicht nehmen möchte. Will man das Kind wieder an die Brust gewöhnen, so muss man ihm Nichts aus einer Tasse oder aus einem Löffel geben, weil, wenn es gefühlt hat, dass es seine Nahrung ohne die Anstrengung des Saugens haben kann, es zu dieser Anstrengung später sich nicht verstehen wird. Man gebe daher dem Kinde, wenn es schon aus der Tasse getrunken hat, eine Zeit lang wieder den Nutschbeutel, mache ihn aber weniger süss und wohlschmeckend, als die Muttermilch, und es wird dann das Kind gern wieder zur Mutterbrust zurückkehren."

B. *St. Georgs-Hospital* in London (Klinik von B. C. Brodie).

Ueber die skrophulösen Affektionen des Kniegelenks.

„Schon längst hatte ich die Absicht, m. H., über die skrophulösen Affektionen des Kniegelenks zu sprechen; zu allen Zeiten finden Sie in grossen Krankenhäusern einige Fälle, und die Gelegenheit, Kranke der Art zu sehen und zu behandeln, ist nicht nur in der Hospitalpraxis, sondern auch in der Privatpraxis sehr häufig. Ich will zuerst von den pathologisch-anatomischen Veränderungen, dann von den Symptomen und endlich von der Behandlung sprechen. Erwarten Sie keine gelehrte, systematische, umfassende Abhandlung; ich überlasse eine solche Andern; ich werde nur über das sprechen, was mir die Praxis an die Hand gegeben hat, weil Kliniken den Zweck haben, lediglich in die Praxis einzuführen."

„Was die pathologischen Veränderungen betrifft, so finden Sie bisweilen die skrophulöse Kniegelenkaffektion in den verschiedensten Stadien an einem und demselben Individuum. Während die Krankheit in einem Knie so weit vorgeschritten ist, dass das Kind davon hingerafft worden, finden Sie bei genauer Untersuchung die anderen Gelenke mehr oder minder affizirt, und oft da, wo man im Leben es nicht vermuthen konnte. Die skrophulösen Gelenkleiden (Arthrokaken) haben ihren Ursprung im Knochen; zuerst scheint die schwammige Struktur der Knochen zu erkranken, und zwar ist die erste Folge dieses uns noch unbekannten Krankheitsprozesses eine mangelhafte Sekretion erdigen Stoffes. Die Knochensubstanz wird weich, so dass mit einem Messer hineingeschnitten werden könnte; in Folge der vermehrten Vaskularität wird sie röther als gewöhnlich und es folgt eine Ergiessung von Serum in die Maschen der schwammigen Substanz. So wie die Krankheit vorschreitet, vermindert sich die Vaskularität, die Röthe der Substanz wandelt sich in eine mehr gelbliche Farbe um und zwar in Folge der Ablagerung einer gelben, käsigen, nicht organisirten Materie. Zuletzt sieht man kaum noch in der ganzen kranken Substanz ein Gefäss, welches rothes Blut führt. — Auf diese Veränderungen folgen bald andere, die den Knorpelbelag affiziren. Die Oberfläche des Knochens, mit der die Knorpelsubstanz verbunden ist, wird gefässreicher, als sie der Norm nach sein sollte; man sieht die Gefässe von da aus deutlich bis in die Knorpelmasse sich erstrecken

und in diese rothes Blut einführen. Man kann diesen eigenthümlichen Vorgang ganz deutlich erkennen; ich habe mich mehrmals davon überzeugt und eben so die Hrn. Liston und Mayo. Man findet alsdann den Knorpelbelag nicht so fest am Knochen anhaften, wie es im Normalzustande der Fall ist. Der Knorpelbelag kann vom Knochen auf eine Weise leicht abgelöst werden, wie es sonst nicht möglich ist, und nach dieser Ablösung des Knorpels erblickt man an der untern Fläche der abgelösten Knorpelmasse stellenweise, namentlich da, wo der Knorpel mit dem Knochen sonst fester zusammenzuhängen pflegt, Ulzerationen, und zwischen diesen ulzerirten Stellen des Knorpels und dem Knochen findet man etwas gelbliche Lymphe abgelagert. Bei weiterem Verlaufe der Krankheit schreiten die Ulzerationen immer weiter, und zwar arbeitet sich die Ulzeration erst durch den ganzen Knorpel durch und greift dann schnell um sich. Dasselbe geschieht auch an anderen Stellen desselben Knorpels, bis er zuletzt durch den Verschwärungsprozess ganz und gar zerstört ist."

„In manchen Fällen von Entzündung der Synovialmembran kann der Knorpel in grosser Strecke zerstört werden, ohne dass Suppuration eintritt. Dasselbe kann hier geschehen. Meistens jedoch tritt Suppuration schon früh ein. Die Ablagerung des Eiters findet im ganzen Gelenke nicht auf einmal statt; sie gestaltet sich nicht zu einem grossen Abszesse, wie in manchen Fällen von Entzündung der Synovialhaut. Es kann sich eine Eiteransammlung zwischen einem Kondylus des Femur und der entsprechenden Gelenkfläche der Tibia bilden; eine andere kann sich bilden an einer anderen Stelle, und diese verschiedenen Eiteransammlungen sind gewöhnlich durch abgelagerte organisirte Lymphe oder Adhäsionen von einander geschieden. So können zwei, drei oder mehrere Abszesse von einander getrennt in demselben Gelenke bestehen. Während diese sich bilden und formiren, schreitet die Ulzeration im Knochen weiter, bis zuletzt eine beträchtliche Portion davon absorbirt ist. Die Abszesse finden langsam, jedoch mit Sicherheit ihren Weg nach aussen. Das Kniegelenk ist von vielen Sehnen umgeben; diese sind von einer Fascia bedeckt; ferner ist das Gelenk innerhalb und ausserhalb mit Bändern besetzt, und die Folge dieser komplizirten Struktur ist, dass der Abszess selten oder niemals seinen Weg geradezu nach aussen findet. Zuerst erstreckt und dehnt sich der Eiter nach einer Richtung hin, bis er Widerstand findet, dann nach einer anderen hin, wo er weniger Widerstand trifft, und bildet hier Buchten und viele gewundene Gänge (Sinus und Fisteln). Zeigt

sich der Abszess endlich unter der Haut, so dauert es bisweilen 3 bis 4 Monate oder noch länger, ehe ein Durchbruch nach aussen geschieht, so langsam schreitet der Verschwärungsprozess vorwärts."

„Dieser Gang der Krankheit ist schon traurig genug, aber es giebt Fälle, die noch übeler verlaufen. Ich habe gesagt, dass der Knochen anfänglich ungewöhnlich gefässreich erscheint, dann aber es immer weniger wird und zuletzt an Vaskularität so verloren hat, dass keine rothen Gefässe mehr bemerkbar sind. Letzteres kann so weit gehen, dass der Knochen abstirbt. Dann befindet sich im oder am Gelenke eine todte Knochenportion, die mit der lebenden eine sehr lange Zeit im Zusammenhange bleiben kann; zuletzt stösst sie sich ab, und dann ist ein todtes Knochenstück vorhanden, das lose innerhalb des Gelenks sich befindet und jede Aussicht auf gute Heilung vernichtet."

„Die skrophulöse Kniegelenkaffektion kommt gewöhnlich bei geschwächten oder kachektischen skrophulösen Subjekten vor. Kinder sind dieser Krankheit mehr unterworfen, als Erwachsene. Sie kommt besonders bei denen vor, die eine dicke Oberlippe, eine weisse Hautfarbe, blaue Augen, erweiterte Pupillen und blondes Haar haben. Einige der Kinder mit solchem Habitus werden vielleicht von Mesenterialskropheln befallen; andere sterben an Hydrokephalus. Wieder bei anderen wirft sich die Skrophelsucht auf die Gelenke, und zwar wird häufig nur ein einziges Gelenk befallen, häufig aber auch werden mehrere, entweder zu gleicher Zeit oder nach und nach hinter einander davon ergriffen. Es ist sehr wichtig, das Uebel in seinem frühesten Stadium zu erkennen, und es wird Ihnen dieses möglich werden, wenn Sie auf das achten, was ich Ihnen hier sagen werde."

„Ein höchst bemerkenswerther Charakterzug des hier in Rede stehenden Uebels ist die Abwesenheit des Schmerzes im Anfange. Dieses ist in so fern sehr übel, als es leicht, wie es auch in der That meistens geschieht, die Krankheit übersehen lässt. Die Eltern bemerken, dass das Kind ein wenig schleppt beim Gehen, aber so wenig, dass sie es nicht der Mühe werth halten, darauf weiter zu achten. Das Kind klagt auch über nichts, aber nach und nach schleppt es das Bein immer mehr, dann hinkt es ein wenig, bis man eines Tages das Knie dicker und weniger beweglich findet, als das andere."

„Empfindet ein Kind Schmerz, auch nur aus geringfügiger Ursache, so sind Alle, die das Kind lieb haben, in Angst und Unruhe; aber bei dem hier in Rede stehenden Uebel, obwohl es eines der

allerbedeutsamsten ist, geräth Niemand in Angst und Unruhe, blos weil das Kind nicht klagt. Es ist dieses übrigens auch bei vielen anderen Krankheiten, nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen der Fall. Krankheiten, die sehr arg, oft unheilbar sind, treten manchmal ganz schmerzlos auf und bilden sich schmerzlos aus, während bisweilen unbedeutende Uebel mit sehr lebhaften Schmerzen verknüpft sind. Schmerzen lehren nichts, sondern eine direkte Untersuchung muss Auskunft geben. Wird das Kind, wenn es das Bein eine Zeit lang zu schleppen anfängt, einem Wundarzte vorgestellt, so wird dessen erfahrenes Auge wohl bald die Krankheit entdecken. Das Gelenk ist gewöhnlich etwas gebogen, etwas dicker als das andere; es zeigt eine mehr gerundete Form; die flachen Gruben, Höcker und Ränder, die man sonst an einem wohlgestalteten Knie bemerkt, sind etwas mehr ausgeglichen. Es kommt dieses von einer serös-lymphatischen Ergiessung in das das Gelenk umgebende Zellgewebe, so dass die Krankheit grosse Fortschritte gemacht haben muss, ehe eine beträchtliche Anschwellung eintritt. Das Glied kann übrigens gehandhabt werden, ohne dass das Kind Schmerz empfindet. Nach und nach erscheint die Anschwellung noch grösser, aber diese Vergrösserung der Anschwellung ist nur scheinbar und rührt meistens daher, dass das Kind das Bein schont und die Muskeln am Ober- und Unterschenkel in Folge dieser Unthätigkeit abmagern, so dass das Knie dem Auge auffälliger wird. — Zu dieser Zeit des Leidens lässt das Gelenk, obwohl es etwas steif ist, doch einen gewissen Grad von Bewegung zu. Wird gegen die Krankheit nicht angekämpft, so nimmt die Anschwellung noch mehr zu. So wie die Knorpel zu ulzeriren beginnen, tritt auch Schmerz ein, und die Ulzeration der Knorpel nebst dem sich mehr und mehr ansammelnden Eiter bildet heftige, jäh durchfahrende Schmerzen während des Nachts. Das Allgemeinbefinden fängt, wenn es so weit gekommen, auch an zu leiden. Bald zeigt sich ein Abszess an einer Seite des Gelenks und schreitet langsam vorwärts; dann erscheint entfernt davon an demselben Gelenke noch ein Abszess. Diese Abszesse brechen auf; es bildet sich ein in die Tiefe führendes Loch und es erzeugen sich so 3 — 4 Oeffnungen, welche in das Innere des Kniees führen. Geht man in diese Oeffnungen mit der Sonde ein, so findet man, dass sie in gewundene Gänge führen; selten sind die Gänge gerade Linien. Ist dieses der Fall, so stösst man auf den entblössten Knochen. Ich gedenke dieses bekannten Umstandes nicht, um Ihnen das Sondiren in solchen Fällen zu empfehlen; es ist völlig

absurde, hier sondiren zu wollen; leider thun es die Wundärzte in solchen Fällen nur zu oft. Das Sondiren nützt hier zu gar nichts, schadet aber; selten wird es nothwendig. Das Aussehen des Kniees und die Geschichte des Falles ist belehrend genug. Was ich hier vom Sondiren bei diesen Kniegelenkleiden sage, gilt auch von vielen anderen Krankheiten. Ich halte den für einen Wundarzt sehr untergeordneten Ranges, der mit Instrumenten oder mit den Fingern schmerzhafte Explorationen bei Gelegenheiten vornimmt, wo er ganz gut alle Belehrung auf anderem Wege erlangen kann."

„Ist das Gelenk durch wiederholte Abszesse zerstört worden, so geräth das Glied in einen halbgebogenen Zustand. Die Flexoren wirken anhaltend auf den Kopf der Tibia, ziehen ihn rückwärts und bringen ihn mehr nach hinten in die Kniekehle, so dass diejenige Art von Luxation entsteht, wie sie in einigen Fällen von langdauernder Entzündung der Synovialmembran einzutreten pflegt; der Grad der Luxation variirt nach den Umständen."

„Angenommen nun, die Krankheit gehe weiter ihren Gang und es werde ganz und gar nichts dagegen gethan oder es sei etwas dagegen gethan worden, aber ohne Erfolg geblieben, so wird der Kranke zuletzt ohne Aufhören von Schmerzen heimgesucht; er hat schlaflose, peinvolle Nächte, einen schnellen Puls, wird hektisch, ist zu Schweissen geneigt und sinkt zusammen. Er verfällt in vollständige Abzehrung, wenn das Glied am Körper verbleibt; er stirbt, obwohl das Gelenkleiden selber nicht eigentlich die Ursache des Todes ist. Eine andere Krankheit folgt aus diesem Gelenkleiden, und diese Sekundärkrankheit ist es, die zu tödtlichem Ausgange führt. Das Kniegelenk ist kein dem Leben nothwendiges Organ, aber die hier in Rede stehende Kniegelenkaffektion legt bei dem skrophulösen Subjekte durch den Angriff auf die Körperkräfte überhaupt und durch Depression des Kranken den Grund zu einer Krankheit in einem anderen, entfernteren Organe. In einem Falle bilden sich Tuberkeln in den Lungen; in einem anderen Mesenterialknoten; in einem anderen seröse Ergiessung in die Gehirnhöhlen, und gewöhnlich ist es einer dieser Zustände, wodurch die Kinder bei dem skrophulösen Kniegelenkleiden dahingerafft werden."

„Bemerken will ich hier, dass, wenn ich bei diesem meinem Vortrage auch besonders Kinder im Auge habe, doch auch bei Erwachsenen die Krankheit vorkömmt. Sie unterscheidet sich bei ihnen um nichts in den Symptomen. Der Unterschied ist nur der, dass bei Erwachsenen das Allgemeinbefinden viel schneller und viel tiefer ergriffen

wird, als bei Kindern, und dass, wenn Suppuration eingetreten ist, wenig Aussicht vorhanden ist, das Glied zu retten, wogegen bei Kindern, trotz der eingetretenen Suppuration, in vielen Fällen das Glied erhalten werden kann."

„Ich komme jetzt zur Behandlung. In früheren Zeiten wurde das skrophulöse Kniegelenkleiden mit vielen anderen unter dem gemeinsamen Namen *Tumor albus* zusammengeworfen, verwechselt und auf gleiche Weise nach demselben Schlendrian behandelt. Blasenpflaster, Haarseil, Fontanelle und andere Gegenreize wurden in Anspruch genommen. Dieses war das gewöhnliche Verfahren, als ich hier in diesem Hospitale Student war; in manchen Gegenden mag es noch so sein. Dieses Verfahren war eines der ungeschicktesten, ich möchte sagen eines der rohesten, das angewendet werden kann, und in sehr vielen Fällen, ich will nicht sagen in den meisten, war der Verlust des Gliedes die Folge davon. Dann und wann schritt man auch zu anderen Mitteln; bald wurde das eine, bald das andere empfohlen. Einige der empfohlenen Mittel waren unschuldig genug, z. B. Kataplasmen aus Seegras, wogegen andere, z. B. Reiben und Kneten äusserst unheilvoll sich erwiesen."

„Ich halte es nicht für Recht, m. H., Ihre Zeit in Anspruch zu nehmen, um Ihnen die Behandlungsweisen auseinanderzusetzen, die früher geübt worden sind; ich halte es für rathsamer, Ihnen das Verfahren darzulegen, das mir Erfahrung und Nachdenken an die Hand gegeben hat. Zuerst will ich Ihnen einige Worte über das sagen, was nicht gethan werden darf. Es ist dieses wichtiger, als es Ihnen von vorn herein scheinen mag, denn es bringt Sie dann bald auf das, was gethan werden muss. Blut darf dem Gelenke weder durch Blutegel noch durch Schröpfen entzogen und am allerwenigsten darf eine allgemeine Blutentziehung vorgenommen werden. Die Krankheit hat ihren Ursprung und ihre Wurzel in einer schlechten, mangelhaften Blutbereitung, die mit Schwäche gepaart ist, und Blutentziehung würde den Zustand nur noch verschlimmern. Es dürfen weder Blasenpflaster, noch Haarseile, noch Fontanellen, noch Brechweinsteinsalbe noch irgend eine andere Gegenreizung angewendet werden. Solche Mittel quälen den Kranken, sie setzen ihn durch die allgemeine Störung, die sie im Organismus hervorrufen, noch mehr herab, schwächen ihn durch die wiederholte Säfteentziehung und thun durchaus nichts Gutes. Ich bin hiervon so fest überzeugt, dass ich mich nicht entschieden genug gegen dieses Verfahren aussprechen kann; ich habe

das volle Recht, hier ein Urtheil zu fällen, denn ich bin früher in einer sehr ausgedehnten Praxis ganz nach alter Weise verfahren, habe es also kennen gelernt und kann damit mein jetziges Verfahren vergleichen."

„Ein Prinzip giebt es, das bei allen Gelenkaffektionen immer fest ins Auge gefasst werden muss; dieses Prinzip erheischt die vollkommenste Ruhe für das kranke Gelenk. Denken Sie sich eine Entzündung oder ein Geschwür irgendwo am Beine; — würden Sie gestatten, dass diese Stelle fortwährend gerieben oder gekratzt werde? Nein, Sie würden es nicht dulden. Was geschieht aber bei der Bewegung des Gelenks, wenn dieses erkrankt ist? Die kranken Parthieen werden gerieben, gedrückt, gespannt, gezerrt. Vollkommenste Ruhe des kranken Gelenks ist also erste Bedingung der Heilung. Im Anfange der Krankheit ist dieses das einzige örtliche Verfahren, das erforderlich ist, und in der That ist absolute Ruhe auch in den mehr vorgerückten Stadien ein äusserst wichtiges Moment."

„Es giebt verschiedene Methoden, das Glied in der absolutesten Ruhe zu erhalten. Das einfachste Verfahren besteht darin, Lederschienen an jede Seite des Gelenks anzulegen. Diese Lederschienen geben dem Gliede vollkommen feste Haltung und sind leicht zu tragen, weil sie den Theilen genau sich anschmiegen. Sie sind von steifem Leder, werden aber ganz nass aufgelegt und nehmen, indem sie am Gliede trocknen, genau die für das Gelenk passende Form an; diese Lederschienen haben auch noch den Vortheil, dass sie leicht abgenommen und eben so leicht wieder angelegt werden können. Nie aber dürfen die Schienen von der Form oder so angelegt sein, dass sie auf das Gelenk drücken. Druck darf durchaus nicht stattfinden; die Schienen dürfen nur das Gelenk unterstützen."

„Rücksicht auf das Allgemeinbefinden tritt nun als zweites Heilmoment hervor. Hier kann aber eine allen Fällen anpassende Regel nicht aufgestellt werden. So kann in einem Falle die weisse Farbe der Darmausleerungen, die Hartleibigkeit, die belegte Zunge u. s. w. die Anwendung von Purganzen, ja von etwas Kalomel oder blauer Pille erfordern. Aber sobald die Verdauungsorgane wieder in einen gehörigen Zustand gebracht worden sind, muss der Kranke Tonika bekommen, besonders aber Eisen. Kindern gebe ich das *Vinum Ferri* der alten engl. Pharmakopoe in verschiedener Dosis, je nach Verhältniss des Alters; dabei dann und wann ein Abführmittel. Dieses reicht in vielen Fällen vollständig aus und macht jedes andere Mittel ent-

behrlich. Ich lasse den Kranken dieses oder ein anderes Eisenpräparat 3 Wochen lang nehmen, dann 10 Tage aussetzen, darauf wieder 3 Wochen nehmen, wieder aussetzen und so fort 2—3 Jahre lang, bis die Konstitution eine vollständige und sichtbare Verbesserung erfahren hat. Während eines solchen tonischen Kurverfahrens muss der Kranke genau überwacht werden; er kann überreizt, gleichsam überfüttert werden, in eine Art Fieber gerathen; dann muss die Dosis vermindert oder die Arznei ganz ausgesetzt werden. Neben dem *Vinum Ferri* empfehle ich auch die *Tinct. Ferri muriatica* und den *Syrup. Ferri jodati,* welche ich oft abwechselnd gebe. Es schien mir, dass in der hier in Rede stehenden Krankheit grosse Dosen Eisen nicht erforderlich sind; kleine Dosen, aber anhaltend in längerem Zeitraume dargereicht, scheinen besonders gut und wirksam sich zu erweisen. — Dann und wann kann man nach Umständen dazwischen oder daneben Chinin, Chinarinde, natronhaltige Sarsaparillenabkochung geben; Letzteres besonders bei schwächlichen Kindern."

(Schluss im folgenden Hefte.)

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Ueber den Einfluss der Dentition auf die Hautkrankheiten der Kinder, besonders auf die Kopfausschläge, von Dr. J. Reid in Baltimore.

„Die Kopfausschläge der Kinder stehen", sagt Dr. Reid im *Baltimore medical Journal,* „mit der Dentition in viel innigerem Zusammenhange, als man gewöhnlich annimmt. Wird während der Dentition ein chronischer Ausschlag geheilt, so wird jener Prozess viel schwieriger. Ich habe darüber so bittere Erfahrungen gemacht, dass ich wirklich, mit Ausnahme gewisser Fälle, chronische Kopfausschläge nie eher wegzuschaffen unternehme, als bis die Dentition vorüber ist. Meistens gelingt es auch nicht früher; meistens bleibt die *Crusta lactea* oder die *Porrigo scutulata* auch so lange hartnäckig, allen Mitteln zum Trotze, bis die Dentition gänzlich vollendet ist. Ich behandele die *Porrigo scutulata* und die anderen chronischen Affektio-

nen des Kopfes, sofern sie mit Abnormitäten der Dentition in irgend einem Zusammenhange stehen, auf folgende Weise. Ich lasse das Haar so kurz abschneiden und abschaben als möglich; dann lasse ich den Kopf tüchtig mit einem süssen Oele einsalben, und nachdem er zwei Stunden lang eingeölt war, lasse ich ein Eidotter oder zwei auf den Kopf einreiben und ihn dann mittelst einer weichen Bürste und warmen Wassers auswaschen. Auf diese Weise gelingt es mir, die Schorfe alle wegzuschaffen. Das Ebengenannte geschieht Abends und Morgens. So wie der Kopf reingewaschen ist, lasse ich ihn mit einer in 98 ° F. (29 ° R.) getauchten Kompresse bedecken und eine von luftdichtem Kautschuckzeuge oder Wachstaffet bereitete Kappe aufsetzen. Die Kappe muss im Stande sein, die Ausdünstung zurückzuhalten, und die Kompressen müssen erneuert werden, sobald sie trocken sind. Dabei lasse ich die grösste Reinlichkeit beobachten und gebe Abführmittel von Kalomel mit Magnesia. Jedenfalls unterlasse ich nie eine Untersuchung des Mundes, denn immer fand ich bei hartnäckigem Grindkopfe in der Kindheit, dass es mit den Zähnen nicht richtig war. Bisweilen waren Milchzähne, die längst hätten entfernt sein sollen, noch vorhanden; bisweilen hatte ihre Anwesenheit nicht nur das Hervorkommen der bleibenden Zähne, sondern auch die Entwickelung der Kiefer verhindert; bisweilen waren die Milchzähne, namentlich die Backenzähne, kariös; bisweilen fand ich die Milchzähne bereits entfernt, die bleibenden Zähne aber noch nicht erschienen, weil ein verhärtetes Zahnfleisch das Durchbrechen derselben verhinderte. Hindernde oder kariöse Milchzähne liess ich entfernen; ein verhärtetes Zahnfleisch liess ich einschneiden, und ich habe gefunden, dass dieses immer einen grossen Einfluss auf die Heilung des Kopfgrindes hatte, und dass, wenn man den Zustand der Zähne unberücksichtigt lässt, der Kopfgrind äusserst hartnäckig wird und Jahre lang dauert. Landluft, Regulirung der Diät, Abführmittel und Alterantia sind sehr wichtige und meist unentbehrliche Mittel gegen die Grindarten der Kinder; aber die Rücksicht auf die Dentition und den Zustand der Zähne, worauf ich besonders aufmerksam mache, bleibt immer eins der wichtigsten Momente in der Heilung dieser Krankheiten."

---

2. Ueber chronische Dysenterie und über den Vorfall des Mastdarms bei Kindern und dessen Behandlung, von James Milman Coley.

Vorfall des Mastdarms ist meistens die Folge einer chronisch gewordenen Diarrhoe, namentlich einer solchen, die mit heftigem Drängen und Tenesmus begleitet ist. Ich nenne diesen Zustand chronische Dysenterie, und ich glaube mich überzeugt zu haben, dass sie ihrem Wesen nach in chronischer Entzündung der dicken Därme besteht, die dann zu Ulzerationen, übeln Sekreten, Erschlaffung u. s. w. führt. — Das Hauptsymptom besteht in einem unwiderstehlichen Hinabdrängen des Darms nach jeder Darmausleerung; das Kind hat öfters Drängen zur Darmausleerung, ohne zu gehöriger Kothentleerung zu kommen. Es fühlt einen geringen Schmerz vorher, der aber gewöhnlich nicht beachtet wird und über den auch das Kind aus langer Gewohnheit nicht zu klagen pflegt. Das Kind klagt und stöhnt nur über heftiges Drängen bei der Ausleerung, und frägt man genauer nach, so erfährt man, dass es nach jeder Mahlzeit, besonders nach dem Frühstücke, eine unwiderstehliche Neigung zum Stuhlgange fühlt und dass diesem Drängen ein Knurren mit Schmerz begleitet, besonders im Bogen des Kolon, vorausgeht. Untersucht man die Ausleerungen, so findet man sie entweder weiss oder rahmfarbig, oder schleimig und mit Blut gemischt. Die helle oder weisse Farbe ist die Folge der übermässig starken peristaltischen Bewegung des Darms, welche sowohl bei der akuten als bei der chronischen Ruhr vorhanden zu sein pflegt und den Inhalt des Dünndarms mit so grosser Schnelligkeit niedertreibt, dass im Duodenum weder eine gehörige Zumischung von Galle zu den halbverdaueten Stoffen, noch die gehörige Umarbeitung des Chymus in Chylus und die Aufnahme des letzteren in die Milchgefässe gehörig stattfinden kann. Allmälig zunehmende Abmagerung und Schwäche der Muskeln ist daher auch sehr leicht zu erklären. Das Kind ist stets durstig und seine Haut ist immer trocken und zusammengezogen. Folgende Mixtur ist zu empfehlen, nämlich: ℞ *Magnes. sulphuric.* ʒj, *Tinct. Gentian. compos.* ℈ß, *Aquae* ʒiij. M. fiat haustus, — eine solche Dosis einem Kinde, das 6—12 Monate alt ist. Einem 2 Jahre alten Kinde muss natürlich eine grössere Dosis gegeben werden. — Sehr vortheilhaft fand ich auch eine Auflösung von 1 Drachme schwefelsaurer Magnesia in 8 Unzen *Infusum Rosarum*, wozu 4 Drachmen *Tinct. Cinnam. compos.* gesetzt wird. Einem

1 Jahr alten Kinde einen Kinderlöffel voll; einem 2—4 Jahre alten Kinde einen Esslöffel voll und einem 10 Jahre alten Kinde 3 Kinderlöffel voll pro dosi dreimal täglich während 10 Tage hinter einander.

Das häufige Drängen, woran die Kinder bei diesem Zustande leiden, hat die doppelte Wirkung, eine Verdickung der Schleimhaut und eine abnorme Erweiterung des inneren und äusseren Sphinkters zu erzeugen. Diese Wirkungen sind bisweilen so bedeutend, dass sie einen permanenten Mastdarmvorfall erzeugen. Dieser Vorfall besteht in der ersten Zeit nur in der herabgetriebenen erschlafften Schleimhaut des Mastdarms. Diese muss man nach jeder Ausleerung zurückbringen, und wenn es nicht so leicht geht, so lasse man das Kind sehr stark drängen, als wollte es eine Ausleerung haben, und während dieses Drängens schiebe man die vorgefallene Parthie zurück. — Gegen sehr bedeutenden und habituell gewordenen Vorfall des Mastdarms giebt es nur noch ein inneres Mittel, das man versuchen kann, nämlich die *Nux vomica*, und wenn dieses Mittel nichts hilft, die Operation. Bekannt ist das Verfahren von Dupuytren und Langenbeck, welches vorzugsweise darauf ausgeht, rund um den After die lockeren Falten auszuschneiden. — Wie verfährt man, wenn der vorgefallene Theil des Afters nicht zurückgebracht werden kann? Der vorgefallene Theil erscheint wie eine dicke runde Fleischwulst, deren Oberfläche ulzerirt oder exkoriirt ist. Die Schleimhaut des Mastdarms ist nach dem After zu schon an und für sich dick; durch den Vorfall und die Einklemmung wird sie aber in einen Zustand von bedeutendem Turgor und von Hypertrophie versetzt, so dass ihre Ausschneidung zu sehr gefährlicher Blutung führen kann. Deshalb sind das Glüheisen und die Salpetersäure angewendet worden, um die vorgefallene, nicht reduzirbare Parthie zu zerstören. Ich gebe den Ligaturen den Vorzug; ich lege bei Kindern 5—6 Ligaturen an, und zwar erst eine Ligatur, die ich mittelst einer gekrümmten Nadel durchziehe, und zwar erst von aussen nach innen, dann wieder von innen nach aussen, indem ich etwa ⅙ des wulstigen Ringes damit umfasse; die Ligatur ziehe ich fest an und schliesse sie mit doppelten Knoten. Am 3ten oder 4ten Tage lege ich eine zweite Ligatur an, die ich durch die Nadelstiche durchführe und fest anziehe. Nach etwa 8 Tagen ist die von der Ligatur eingeschlossene Parthie vollständig getrennt und ich lasse nun eine zweite Parthie des wulstigen Ringes eben so wieder abbinden. Leidet das Kind nur wenig dabei, so lege ich auch wohl, um schneller fertig zu werden, zwei Ligaturen an. Man muss sich hüten, die ganze

Portion auf einmal einzuschliessen; es könnte das Symptome wie bei der Brucheinklemmung herbeiführen. Hr. Salomon befestigt den vorgefallenen Theil mit Nadeln, bevor er ihn operirt, und dann trägt er die wulstige, nicht reduzirbare Parthie der Schleimhaut mit dem Messer ab. — So wie die Wulst abgetragen ist, ist die Krankheit geheilt. — Während dieser Kur gebe ich dem Kranken Rhabarber und Rizinusöl.

---

3. Bemerkungen über den akuten und chronischen Hydrokephalus der Kinder, aus den Vorlesungen von Pinel in Paris über Geistesstörung.

Einfache Wasserergiessung in die Gehirnhöhle, ohne Komplikation mit anderen Veränderungen daselbst, kommt selten oder nie vor. In den seltenen Fällen, wo Wasserergiessung allein vorhanden ist, bemerkt man vorzugsweise Somnolenz oder Koma, aus welchem der kleine Kranke jedoch erweckt werden kann; das Kind scheint zu hören, kann aber nicht sprechen, versteht, was man sagt, und steckt die Zunge heraus, wenn es verlangt wird. Es isst und trinkt, was man ihm in den Mund bringt, obwohl dabei oft Husten entsteht, und zwar durch erschwertes Schlucken, welches von einem Grade von Lähmung im Pharynx abzuhängen scheint. Sind mit diesen Erscheinungen von Konvulsionen oder Trismus begleitet, so ist die seröse Ergiessung mit Enkephalitis oder Arachnitis verbunden. In diesem Falle sieht man gewöhnlich auch die übrigen Symptome der Gehirnentzündung, nämlich Kopfschmerz, Fieber, Konvulsionen, Delirien und Erbrechen. Eine solche Krankheit dauert 10—30 Tage und ist fast immer tödtlich. — Sonst tritt Hydrokephalus gewöhnlich in der letzten Periode der meisten Gehirnentartung hinzu. — Es giebt auch einen *Hydrocephalus apoplectiformis*, auch Wasserschlag, *Apoplexia serosa*, genannt: dieser Hydrokephalus tritt ohne alle Vorboten und höchstens unter Vorangehen von etwas Kopfschmerz, Verdrüsslichkeit und Schläfrigkeit ein. Es zeigt sich diese Form besonders bei Kindern, welche durch vorausgegangene Krankheiten, namentlich durch Skropheln, Tuberkeln u. s. w. geschwächt sind. Die Kinder werden, wie gesagt, plötzlich ergriffen, komatös und bewusstlos. Geringe Krämpfe treten ein, das Auge wird stier, die Pupillen erweitert und die Netzhaut unempfindlich. Von wirklicher Blutergiessung im Gehirne und Erweichung desselben, wo-

mit der Wasserschlag höchstens verwechselt werden kann, unterscheidet er sich dadurch, dass die Lähmung niemals vollständig ist, und dass der Verstand von Zeit zu Zeit wiederkehrt. Der Wasserschlag kehrt besonders bei Kindern ein, welche an Scharlach leiden und leukophlegmatisch sind. Plötzliche Blindheit, Erweiterung der Pupillen und ein geringer Grad von Konvulsionen sind ein Zeichen einer plötzlichen Wasserergiessung in das Gehirn; aber gerade diese Form ist die am wenigsten gefährliche, weil die Revulsivmittel, Diuretika und Purganzen schnell Heilung zu bewirken vermögen.

Was den chronischen Hydrokephalus betrifft, so beruht er fast immer auf einer gehemmten Entwickelung der Nervenzentraltheile. Breschet bestätigt, gestützt auf eine grosse Menge Leichenuntersuchungen, die er im Findlingshospitale vorgenommen hat, dass er, sowohl im Fötus wie bei gehörig ausgetragenen Kindern, eine Wasserergiessung in der vordern und mittlern Gehirnhöhle häufig angetroffen hat; es ist dieses also ein angeborener Hydrokephalus. Der nicht angeborene chronische Hydrokephalus zeigt sich fast immer mit einem skrophulösen Habitus verbunden. Der Zustand des chronischen Hydrokephalus ist verschieden; meistens findet man die Flüssigkeit in den Gehirnhöhlen angesammelt, deren Wände ausdehnend und die Windungen ausgleichend, so dass die Gehirnmasse fast wie ein dicker Sack erscheint, worin die weisse von der grauen Substanz schwer unterschieden werden kann. Bisweilen bleibt das Gehirn in einem rudimentösen Zustande, indem das grosse Hirn und die Krura gänzlich fehlen; der *Pons Varolii*, unregelmässig und knotig, ist sodann der einzige Theil des Gehirns, den man an der Basis desselben antrifft. Die übrige Masse des Gehirns ist in einen Brei umgewandelt. In manchen Fällen fehlt blos eine der Hemisphären, und in manchen seltenen Fällen scheint das Gehirn nur eine Höhle zu haben und aus einer einzigen Hemisphäre gebildet zu sein. Die Symptome des chronischen Hydrokephalus äussern sich beim Kinde durch Schwäche und Abstumpfung der Sinne, Sprachlosigkeit, Mangel an Gedächtniss, stete Schläfrigkeit, Schwindel, Anfälle von Katalepsie, heftigen Kopfschmerz und Stupidität; die Muskeln des Antlitzes und der Augen gerathen oft in Zukkungen; das Sprechen ist unsicher; die Zunge kann nur stottern und erscheint bisweilen gänzlich gelähmt; die Muskeln schwinden und die Sekretionen gehen träge von Statten. Zuletzt gesellt sich hinzu unfreiwilliger Abgang des Harns und Kothes, vollständiger Blödsinn, Blindheit, Stummheit und Taubheit; das Schlucken wird erschwert, so

dass Bissen und Getränke oft lange im Munde bleiben und bisweilen aus dem Munde wieder herausstürzen; Hände und Füsse werden kalt, und heftige epileptische Anfälle machen dieser traurigen Existenz ein Ende.

Der Hydrokephalus zeigt sich unter drei verschiedenen Formen: 1) mit Verkleinerung des Kopfes: Diese Form ist immer angeboren; die Fontanellen sind klein, und die Kopfnähte sind verknöchert; der Kopf ist auffallend klein. Die Geburt ist daher leicht, aber die Kinder werden schon während des Geburtsaktes oder bald nachher von Krämpfen befallen und davon hingerafft. Der Kopf ist zugespitzt nach dem Scheitel zu, und an der Stirn und an den Seiten eingedrückt; die Augen sind unempfindlich gegen das Licht und in steter krampfhafter Rotation begriffen; der Kopf ist in beständiger Bewegung von rechts nach links oder von vorn nach hinten, und die Gliedmaassen sind kontrahirt. — 2) Mit natürlicher Grösse des Kopfes: Hier kann die Krankheit auch angeboren sein, aber sie kann auch später nach der Geburt eintreten; die Symptome sind die bekannten. — 3) Mit Vergrösserung des Kopfes: Bisweilen angeboren, bisweilen nicht; ist die Krankheit angeboren, so wird natürlich durch Vergrösserung des Kopfes die Entbindung erschwert, ja bisweilen unmöglich, wenn nicht die Perforation vorgenommen wird. Ist aber der Kopf nicht schon bei der Geburt zu gross, so nimmt er bald nach der Geburt sehr schnell an Umfang zu. Die Scheitelbeine werden nach aussen getrieben, so dass das Schädelgewölbe im Verhältniss zum Antlitz grotesk erscheint. Die Augäpfel verlieren allmälig ihre Beweglichkeit, die Pupillen werden erweitert und die Augen bekommen einen schielenden Ausdruck; später bewegen sich die Augen regelmässig von einer Seite zur andern, wie ein Pendel, und auf die Blindheit folgt nun auch ein Mangel an Geruch; dagegen bleibt merkwürdigerweise das Gehör sehr scharf, und in den ersten Monaten fährt der kleine Kranke bei dem geringsten Geräusche krampfhaft zusammen. Endlich aber wird auch das Gehör abgestumpft; der Mund bleibt offen stehen und der Speichel fliesst aus demselben herab. Diejenigen Kinder, welche noch einen Grad von Verstand dabei behalten, geben ihre Freude, Angst und Furcht durch wiederholtes Hopsen auf ihrem Stuhle kund, dabei sind ihre Füsse ausgestreckt, die Arme hängen herab und die Finger sind so gegen einander fixirt, dass sie eine Art Becher bilden, und die Kinder lachen oder schreien laut auf. Was das Wesen des chronischen Hydrokephalus betrifft, so besteht es vorzugsweise in An-

häufung von serös-eitriger oder eiterförmiger Flüssigkeit innerhalb des Schädels, und die dadurch bewirkten oder damit verbundenen anatomischen Veränderungen sind auf drei verschiedene Zustände zu beziehen. Zuerst auf eine Hemmungsbildung oder ein gänzliches Fehlen einiger Gehirntheile; zweitens auf die Ausdehnung der Gehirnsubstanz durch das Vorhandensein von Flüssigkeit in den Ventrikeln; drittens auf das Vorhandensein von Serum in dem Raume zwischen den beiden Falten der Arachnoidea. Der erste dieser drei Zustände gehört der frühesten Entwickelungsperiode des Fötus an; der zweite einer mehr vorgerückten Zeit des Uterinlebens, nämlich wenn alle Theile des Gehirns schon gebildet sind und die ergossene Flüssigkeit nicht absorbirt wird, sondern auf die Wände der Gehirnhöhle drückt, jedoch nur in dem Grade, dass das Individuum lebend zur Welt kömmt; der dritte Zustand endlich, nämlich die Ergiessung in die Arachnoidea, setzt eine vollständige Entwickelung voraus, und mag aus der frühesten Periode der Kindheit sich her datiren. Schliesslich zu bemerken ist, dass ausser den schon erwähnten Ursachen des chronischen Hydrokephalus noch eine erwähnt werden muss, nämlich der Druck, den einige Frauenzimmer auf ihren Bauch ausüben, um ihre Schwangerschaft zu verheimlichen, und es ist daher auch erklärlich, weshalb die meisten Fälle von chronischen Hydrokephalus unter den unehelichen Kindern vorkommen.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

A. *Société médico-pratique* in Paris.

1. Verzögerte Eruption des Scharlachs.

Hr. Dobigny berichtet, dass bei einem kleinen Kinde es 11 Tage dauerte, ehe das Scharlach zum Vorscheine kam; während der ganzen Zeit waren alle spezifischen Vorboten vorhanden, nämlich Angina, die eigenthümliche Röthung der Zunge und einige Nervensymptome. — Hierauf bemerkt Hr. Thirial, dass keine fieberhafte Eruption so viel Anomalieen darbietet, wie das Scharlach. Bei dieser Gelegenheit erwähnt er, dass auch er einen Fall behandelt habe, wo alle Symptome des Eruptionsfiebers 9 Tage lang vorhanden waren, ohne dass die

Eruption selber erfolgte; diese trat erst am 10ten Tage hervor, u. zwar am Bauche und später an den anderen Theilen des Körpers. — Hr. Blanche erzählt drei Fälle von Scharlachfieber, wo die Eruption fast gar nicht vorhanden war, oder nur schwach hervortrat, aber doch eine Abschuppung zur Folge hatte.

---

2. Ueber die Erkenntniss und Behandlung des Krups und besonders über die Tracheotomie dagegen.

Hr. Homolle hält einen Vortrag, in dem er zuerst alle die verschiedenen Punkte zusammenstellt, welche in der Diagnose, der Symptomenlehre, der Prognose, und besonders in der Therapie des Krups noch dunkel sind; dann bemüht er sich, diejenigen Erscheinungen zusammen in ein Gesammtbild zu gruppiren, welche für sich oder in ihrer Verbindung dazu dienen könnten, die Diagnose des Krups zu sichern. Er glaubt, dass das Fehlen der falschen Membranen auf den Mandeln im Anfange einer Laryngitis, die sonst alle Charaktere des Krups an sich trägt, kein Beweis gegen das Dasein des Krups sein kann; die *Angina diphtheritica* kann, namentlich in sporadischen Fällen, im Larynx selber oder in der Luftröhre sich ausbilden, ohne im Pharynx begonnen zu haben. — Es wäre höchst wünschenswerth, sagt Hr. H., dass wir die Mittel besässen, die verschiedenen Perioden des Krups deutlich von einander zu unterscheiden, und besonders, dass wir bestimmte Zeichen hätten, woran wir erkennen könnten, dass die pseudo-membranöse Entzündung ihren spezifischen Charakter angenommen hat. Es hat die Lösung dieser Frage offenbar ein sehr grosses praktisches Interesse, da der Arzt, wenn die Krankheit bis zur Membranbildung gelangt ist, nur noch die pathologischen Wirkungen zu bekämpfen hat, ohne fürchten zu müssen, dass eine neue Sekretion von Pseudomembranen stattfinden werde. Leider aber machen der schleichende Verlauf des Krups, seine scheinbare Gutartigkeit und Milde im ersten Stadium, und die Schnelligkeit, womit die Zufälle des zweiten Stadiums, diejenigen, die der Arzt gerade am meisten zu fürchten hat, verlaufen, die Ermittelung dieser Umstände sehr schwierig. — Zeuge von dem ausserordentlichen Widerwillen, den die Eltern gegen die Tracheotomie haben, das grosse Leidwesen, das sie zeigen, wenn die Operation nicht vor dem übeln Ausgange geschützt hat, fest überzeugt von der fast konstanten Unwirksamkeit einer allgemeinen Behandlung, die von einer örtlichen nicht unterstützt wird, und wohl be-

greifend die Schwierigkeit, Arzneistoffe bis in den Larynx zu bringen, hat Hr. H. seit einigen Jahren sich bemüht, passende Arzneistoffe wenigstens in Gasform hineinzuschaffen. Er ist beim Chlorwasserstoffgase stehen geblieben; die Einathmung dieses Gases schien ihm nicht nur erregend auf die mukösen Absonderungen, sondern auch im verdünnten Zustande oder mit erweichenden Dämpfen gemischt auflösend auf das geronnene Albumen zu wirken, aus dem die falschen Membranen im Krup hauptsächlich bestehen. Er erinnert an drei Fälle von Krup, die er auf diese Weise geheilt und die er der Gesellschaft 1842 vorgestellt hat. Diese Fälle haben ihm übrigens die vollkommene Unschädlichkeit dieser salzsauren Dämpfe für den Kranken, wie für die Umstehenden erwiesen. Seitdem hat er wieder drei Fälle von Krup auf dieselbe Weise behandelt und auch mit demselben guten Erfolge; aber seitdem ist ihm dieses Verfahren auch zweimal misslungen und hat das grosse Vertrauen, das er zu diesen salzsauren Dämpfen zu fassen angefangen hat, sehr erschüttert. Er erzählt diese beiden unglücklichen Fälle; die Kinder waren bereits bis zur Suffokation gelangt, als er herbeigerufen wurde. Bei dem einen Kinde liessen die durch das Erbrechen ausgeworfenen röhrenförmigen, ästigen Hautfetzen keinen Zweifel über die Natur der Krankheit und ihre Ausdehnung auf die Bronchialäste; bei dem anderen Kinde fehlte dieses Beweisstück, das Kind befand sich in androhender Asphyxie und der Luftröhrenschnitt erschien unumgänglich nothwendig. Die Eltern wollten aber in diese Operation durchaus nicht willigen, und es blieb Hrn. H. nichts übrig, als die salzsauren Dämpfe anzuwenden. Obwohl in beiden Fällen die Umstände äusserst ungünstig waren, so trat doch eine sehr bemerkenswerthe Besserung ein; die Dyspnoe verschwand und eben so das Laryngo-Trachealpfeifen; die Stimme verlor ihren Krupton; Appetit und Munterkeit kamen wieder, und der Tod, der freilich nicht ausblieb, wurde in dem einen Falle bis zum 9ten und in dem anderen bis zum 8ten Tage aufgehalten. Bei beiden Kindern wurde am letzten Tage die Tracheotomie gemacht; die Leichenuntersuchung wurde nicht gestattet. — Trotz dieses übeln Resultats in den erwähnten beiden Fällen, glaubt Hr. H. doch nicht, dass die Anwendung der salzsauren Dämpfe gegen den Krup so ohne Weiteres zu verdammen sei; denn 2 unglückliche Fälle auf 8 glückliche geben wahrlich noch nicht einmal ein so ungünstiges Verhältniss, wie die anderen Medikationen, und selbst in den beiden Fällen zeugt die auffallende Besserung, welche das genannte Mittel bewirkte, für dasselbe.

Hr. Charrier, der hierauf das Wort nimmt, behauptet, dass in dem sporadischen Krup man selten Pseudomembranen auf den Mandeln antrifft. Vor Kurzem hatte er Gelegenheit, an einem jungen Mädchen die Richtigkeit dieser Behauptung zu erkennen; die Mandeln dieses Mädchens waren nicht im Geringsten affizirt. In diesem Falle habe er alle von der Therapie empfohlenen Mittel, auch die von Hrn. H. vorgeschlagenen salzsauren Inhalationen versucht, aber es erfolgte doch der Tod nach Verlauf von 36 Stunden.

---

3. Eigenthümliche Verschliessung des Afters und der Harnröhre.

Hr. Treves bemerkt, dass er ein kleines neugeborenes Mädchen behandelt, das keine Harnröhrenmündung hat. Der After ist zwar vorhanden, aber der in denselben eingeführte Finger fühlt 2 Centimeter über demselben ein Hinderniss, das dem Austritte des Kindespechs entgegen ist. Das Kind bricht alles aus, was es nimmt. Es wurde eine Operation gemacht, die aber nicht zum Ziele geführt, sondern nur eine Blutung bewirkt hat. Jetzt ist das Kind 6 Tage alt, hat aber noch keine Ausleerung gehabt; es erbricht immer noch. — Labarraque hat einen ähnlichen Fall erlebt, wo aber die Einführung eines Troikars in den After zwar dem Mekonium einen Austritt verschaffte, aber den Tod nicht aufhielt, der einige Tage nachher an einer akuten Entero-Peritonitis erfolgte.

---

4. Nächtliches Bettpissen, Erfolglosigkeit der Mittel dagegen.

Ein junges Mädchen, 13 Jahre alt, erzählt Hr. Charrier, war während eines Schauspiels gezwungen, den Urin sehr lange mit Gewalt aufzuhalten; es folgte darauf eine Inkontinenz, so dass bei Tage das Mädchen sehr häufig gezwungen war, Urin zu lassen, und des Nachts einpisste. Es wurden viele Mittel dagegen versucht; Hr. Ch. nahm endlich zum Belladonnaextrakt seine Zuflucht, das eine Zeitlang auch ganz vortreffliche Dienste that. Nach und nach aber verlor es seine Wirksamkeit ganz und gar; ja in allmälig steigender Gabe gereicht, schien es auch nicht auf die Pupille mehr dilatirend zu wirken. Bis jetzt, sagt Hr. Ch., haben ihn alle Mittel im Stiche gelassen, selbst die Brechnuss.

Hr. Thirial entgegnet, dass ihm die Brechnuss als ein äusserst

schätzenswerthes Mittel gegen die Inkontinenz des Urins sich erwiesen habe, unter andern bei einer 40jährigen Dame, welche, gezwungen während eines Schauspiels ihren Urin lange aufzuhalten, in Folge der übermässigen Ausdehnung der Blase eine Schwächung derselben erlitt. Inkontinenz nämlich trat ein; dagegen wurden die verschiedensten Mittel angewendet, aber nur die Brechnuss half.

Hr. Mercier empfiehlt gegen die Inkontinenz des Urins bei Erwachsenen die Kauterisation des Blasenhalses. (Warum nicht auch bei Kindern, namentlich bei kleinen Mädchen?)

Hr. Favrat ist der Ansicht, dass, da die Inkontinenz des Urins offenbar von verschiedenen Ursachen abhängig ist, auch nicht dieses oder jenes Mittel gegen alle Fälle empfohlen werden könne. Bisweilen tritt in Folge einer Blennorrhoe eine Erschlaffung aller Schleimhäute ein, welche eine Inkontinenz des Urins zur Folge hat; hier zeigt sich die örtliche Anwendung oder die Injektion von Adstringentien äusserst wirksam.

Hr. Aubin ist derselben Ansicht; zum Beweise, von wie verschiedenen Ursachen die Inkontinenz abhängig ist, müsse er einer Phthisischen gedenken, die zuletzt an Inkontinenz des Urins befallen wurde; was half hier? Die Darreichung von Chinin mit Opium.

Hr. Boudet erzählt von einem 18 Jahre alten Mädchen, das bei jeder Menstruationsepoche an Inkontinenz des Urins leidet, und zwar in Folge der Erschlaffung des Blasenhalses, aber nicht durch Reizbarkeit der Blase, wie man annehmen könnte. Besonders des Nachts leidet das junge Mädchen dann an dieser Inkontinenz.

---

5. Ueber die Behandlung angeborener Telangiektasien.

Hr. Szokalski erzählt, dass er zu einem 3 Jahre alten Kinde gerufen worden, um ein Muttermaal zu beseitigen. Dieses Maal, das an verschiedenen Theilen verschiedene Farben zeigt, aber eine grosse Menge variköser und überaus leicht zu Blutungen geneigter kleiner Venen gewahren lässt, nimmt die äussere Seite des Oberschenkels von dem Darmbeinkamme bis fast zum Knie ein. Es ist demnach nothwendig, das Muttermaal zu beseitigen. Wie aber? Er selber sei nach Vergleichung aller Verfahrungsweisen zu einer partiellen Ausschneidung geneigt.

Hr. Charrier ist gegen die Ausschneidung; die Blutung, die möglicherweise, ja wahrscheinlich sehr bedeutend sein wird, die gro-

Ausdehnung des Nävus, die Schwierigkeit, ihm mit dem schneidenden Instrumente bis in die nothwendige Tiefe nachzugehen, sind dringende Gegenanzeigen gegen die Ausschneidung. Die Aetzung mit der Wiener Paste, stellenweise begonnen und vorsichtig weiter geführt, und zwar von 10 zu 10 Tagen, scheine ihm in diesem Falle die meiste Garantie zu bieten und den besten Erfolg zu gewähren.

Hr. Homolle schliesst sich dieser Ansicht an; auch er könne nur für die Aetzung stimmen. Er bediene sich auch der Wiener Aetzpaste, aber er wendet sie auf folgende Weise an. Er bedeckt die ganze Oberfläche des Nävus mit einem grossen Pflaster (z. B. Seifenpflaster); dieses Pflaster ist siebförmig durchlöchert, und zwar in Intervallen von etwa 2 Centimetern; die kleinen runden Löcher, welche etwa 2 Millimeter im Durchmesser haben, werden mit Wiener Aetzpaste bedeckt, und darauf wird ein zweites, undurchlöchertes Pflaster gelegt; das Mittel darf man übrigens nicht länger als 12 — 15 Minuten liegen lassen.

Hr. Mercier erinnert an die Galvanopunktur, die hier wohl auch passend sein möchte.

B. *Société de Médecine* in Paris.

Tracheotomie gegen den Krup.

Hr. Guersant: Ich will Ihnen über einen Fall von Krup, gegen den ich die Tracheotomie gemacht habe, Bericht abstatten. Die glücklich gelungenen Fälle sind selten, denn von 33 Kindern, die wegen Krup von mir der Tracheotomie unterworfen worden, wurden nur 3 geheilt. Das Kind, das den Gegenstand meines jetzigen Berichts bildet, ist zwischen 3—4 Jahre alt. Ich wurde im Anfange der Krankheit hinzugerufen; die Eltern waren weit entfernt, an Krup zu denken; in der That klagte das Kind nur über etwas Schmerz im Halse. Ich nahm die sorgfältigste Untersuchung vor, und ich muss Ihnen sagen, dass ich dieser sorgfältigen Untersuchung wegen, die ich bei der geringsten Halsaffektion der Kinder sogleich vornehme, mich zu beglückwünschen habe. Ich fand auch bei diesem Kinde auf einer der Mandeln einen wohlbegränzten Beleg von der Grösse eines Fingernagels. Da es ein solcher Beleg der Mandeln oder im Rachen ist, womit der Krup beginnt, so kauterisirte ich die Stelle mit Höllenstein, betupfte sie mit Zitronensäure, und wiederholte dieses am 2ten Tage

darauf; es waren übrigens weder eine Veränderung der Stimme, noch Erstickungsanfälle vorhanden. — In der Nacht zwischen dem 4ten und 5ten Tage hatte das Kind in bestem Befinden sich gelegt; nur hatte es etwas Rauhigkeit im Halse, wenn es hustete; gegen Mitternacht war die Stimme ganz heiser, der Husten und das Athmen vollkommen krupös, und es drohete Erstickung. Daraus schloss ich, dass der diphtheritische Beleg bis zur Glottis sich ausgedehnt hat; in diesem Gedanken kauterisirte ich mittelst eines in Höllensteinauflösung eingetunkten Schwammes den Rachen so weit ich reichen konnte, und wiederholte diese Operation viermal in 12 — 15 Stunden. Ich hatte aber auch die andern Mittel nicht vernachlässigt; ich habe Erbrechen bewirkt; ich habe Einreibungen von Quecksilbersalbe gemacht und Kalomel innerlich gegeben. Aber aller dieser Mittel ungeachtet verschlimmerte sich der Zustand zusehends; das Antlitz wurde bläulich, die Stimme war gänzlich erloschen, Husten war kaum mehr möglich und es drohete Erstickung. Die Tracheotomie war noch das einzige Rettungsmittel. Hr. Trousseau war mit mir in Konsultation getreten; wir zögerten; der Vater bestand auf die Operation und die Mutter willigte verzweifelnd auch in dieselbe. Wir eröffneten die Luftröhre, und sogleich trat, wie es gewöhnlich der Fall ist, Erleichterung ein. Alle Zufälle verschwanden, und schon am folgenden Tage war das Kind im Stande, Nahrung zu sich zu nehmen. Jetzt spricht das Kind vernehmlich, obzwar leise; aber da weder Bronchitis noch Pneumonie den Krup komplizirt, so ist der Erfolg gesichert. Diesen glücklichen Erfolg glaube ich drei Ursachen zuschreiben zu müssen: 1) dem Umstande, dass der kleine Kranke durch Blutegel vorher nicht geschwächt worden; 2) dem Umstande, dass in der Luftröhre keine diphtheritischen Hautbildungen waren, und endlich 3) dem Umstande, dass wir uns des Trousseau'schen Doppelröhrchens bedienten, wozu ihm die Idee eigentlich von einem Kranken gegeben worden war. Führt man in die in die Trachea gemachte Oeffnung ein einfaches Röhrchen ein und muss man es herausziehen, um es zu reinigen, so ist dieses ein langes und beschwerliches Manöver, das für den Kranken sehr nachtheilig wird. Bedient man sich aber des genannten Doppelröhrchens, so kann man das innere Röhrchen mit Leichtigkeit ein- und ausschieben, ohne dem Kranken Schmerz zu machen, ja selbst ohne ihn zu erwecken, wenn er schläft.

Hr. Pertus: „Hält es Hr. Guersant nicht für angemessen, gleich bei den ersten Anzeichen des Krups zu kräftigen Brechmitteln

zu greifen? weniger um Losstossung von Pseudomembranen zu erzielen, sondern um perturbirend auf den Organismus zu wirken? Ich wenigstens muss gestehen, dass ich von den Brechmitteln, namentlich von recht oft wiederholten, wozu ich schwefelsaures Kupfer, schwefelsaures Zink besonders empfehle, ganz treffliche Wirkungen gesehen."

Hr. Guersant: „Die Nützlichkeit der Brechmittel, um eine Perturbation zu bewirken, ist nicht zu verkennen; aber man darf sich nicht auf sie verlassen und kostbare Zeit verlieren, weil sie bisweilen gut gethan haben. Helfen die Brechmittel im allerersten Beginnen der Krankheit nichts, so ist von ihrer perturbirenden Wirkung nichts mehr zu hoffen, und man muss davon abstehen."

Hr. Duhamel: „Ich habe vor 8 Jahren ein seit 6 Tagen an Krup leidendes Kind in Behandlung bekommen; vom 3ten Tage an hielt man es schon für verloren. Ich habe den Brechweinstein in sehr grossen Gaben gereicht und das Kind noch 4 Tage erhalten; erst am 10ten Tage starb das Kind. Vor 2 Jahren habe ich einen Krup behandelt, der einen Monat gedauert hat; ich habe ebenfalls den Brechweinstein in grossen Gaben gereicht. Bei dieser Gelegenheit muss ich sagen, dass ich die Aphonie für ein charakteristisches Zeichen des Krups halte."

Hr. Sorlin: „Wie es scheint, fürchtet Hr. Guersant Blutentziehungen bei Krupkindern, weil diese dadurch geschwächt werden. Giebt es keinen Krup, wo Blutentziehungen oder überhaupt Antiphlogistika nothwendig sind? Ich möchte wohl Hrn. Guersant's Ansichten näher kennen lernen."

Hr. Guersant: „Der Krup und die Anginen gleichen sich; was von dem einen gilt, gilt von den andern, aber nur in den allgemeinen Zügen. Speziell genommen ist der Krup oder die Diphtheritis wohl charakterisirt durch die Ausschwitzung des gerinnbaren Albumens. Hierin liegt die eigentliche Gefahr. Nicht in der blossen Entzündung liegt sie, sondern in der Verstopfung und Verengerung der Luftwege durch diese häutigen Konkremente. Meine Erfahrung hat mich aber gelehrt, dass, je geschwächter die Kinder sind, desto schneller in Fällen von Krup die pseudomembranösen Bildungen auf die Luftwege sich fortpflanzen. Daraus ziehe ich denn den Schluss, dass man in der Anwendung von Blutentziehungen in einer Krankheit, wo nicht die Entzündung, sondern ihr spezifischer Charakter, nämlich die Exsudation des gerinnbaren Albumens, die Gefahr bildet, äusserst vor-

sichtig sein müsse. Ich kann zur Bestätigung des Ebengesagten einen im *Hôpital des Enfans* mir vorgekommenen Fall erzählen. Ein kleines Mädchen hatte eine *Purpura haemorrhagica;* ich wurde hinzugerufen, um ihm die Mandeln zu exstirpiren; ich wollte es nicht, weil die Mandeln Purpuraflecke zeigten; ich schickte das Kind in die Abtheilung für innere Kranke, aus welcher es mir später wieder übersendet wurde. Ich liess mich nun bereden, die Mandeln zu exstirpiren; es trat eine starke Blutung ein und auf diese Blutung folgte die Bildung von falschen Membranen."

Hr. Belhomme erklärt den Krup zwar für eine überaus tödtliche Krankheit, meint aber, dass Brechmittel, Schlag auf Schlag auf einander, doch oft Erfolg gebracht haben; unter Umständen, namentlich bei plethorischen Subjekten, erweisen sich auch Blutegel sehr von Nutzen.

Hr. Thore erzählt von einem Kinde, dessen 2 Brüder am Krup gestorben waren; die Mutter dieses Kindes nahm es sorgfältig in Acht, doch aber trat plötzlich eine Bronchitis hervor, die erst einfach war. Bald sah man aber auf den Mandeln die Pseudomembran. Da das Kind sehr kräftig war, so wurden Blutegel an die Mandelgegend gesetzt, die Mandeln kauterisirt und Brechmittel gereicht; in den ausgebrochenen Stoffen fand man viele Hautfetzen; das Kind wurde geheilt.

Hr. Guersant: „Der Krup zeigt eine Hauptverschiedenheit, die praktisch von der grössten Wichtigkeit ist; er fängt nämlich von oben an und erstreckt sich vom Rachen aus abwärts auf Kehlkopf, Luftröhre und Bronchien, — oder es beginnt die exsudative Entzündung in den Bronchien oder der Luftröhre und erstreckt sich nach oben. Ersteres sind die weniger gefährlichen, Letzteres die sehr gefährlichen Fälle und endigen fast immer mit dem Tode."

VI. Miszellen und Notizen.

Schwefelsäure gegen Aphthen behauptet Prof. Lippich in Padua mit grossem Erfolge angewendet zu haben. Er empfiehlt diese Säure auch nicht nur gegen die gewöhnliche Mundfäule, sondern auch gegen die syphilitischen und merkuriellen. Er bedient sich einer Art Oxy-

mels aus 30 Theilen weissen Honigs und 2 Theilen verdünnter Schwefelsäure. Dieser Pinselsaft wird vermittelst eines Pinsels von Zeit zu Zeit auf die kranken Flächen aufgetragen.

Die Beeren von *Sorbus domestica* gegen die Diarrhoe der Kinder werden im *Journal de Chimie médicale* von Apotheker Roy zu Poitiers dringend empfohlen. Hr. Baudelocque in Paris hat auf diese Empfehlung sie versucht und ist damit zufrieden. Im Januar 1840 wurde ein 9jähriger Knabe in das Kinderhospital zu Paris gebracht. Man fand an ihm eine chronische Entzündung des Darmkanals, die sich durch Diarrhoe, Koliken und Spannung des Unterleibes kundgab. Verordnet wurde das Extrakt der Speierlingsfrüchte (*Extractum Fructuum Sorbi domesticae*) zu 3 Grammen und giebt dazu Reisbouillon. Die Besserung tritt allmälig ein, binnen 3 — 4 Tagen ist die Diarrhoe vollständig geschwunden. — Einem anderen Kinde, 3 Jahre alt, welches an Diarrhoe litt, die allen bekannten Mitteln, unter anderen den Stärkemehl- und Opiatklystieren, trotzte, gab Hr. Baudelocque 4 Grammen einer aus diesen Speierlingsbeeren bereiteten Konserve; etwa 3 Tage nachher war das Kind vollständig geheilt. Auch gegen die Ruhren, nämlich die blutigen Durchfälle, die mit Kolitis und Tenesmus verbunden sind, zeigen sich diese Beeren sehr wirksam; ja auch gegen die kolliquativen Diarrhoen scheint das Mittel sich sehr wirksam zu erweisen. Man verordnet die *Fructus Sorbi domesticae* oder Speierlingsbeeren zu einigen Skrupeln pro dosi, und zwar am besten den ausgepressten Saft oder das Extrakt, welches man in Pillenform oder als Muss den Kindern giebt.

Gegen skrophulöse Lichtscheu empfiehlt Hr. Rognetta in den *Annales d'Oculistique* das Bellodonnaextrakt in Verbindung mit Kalomel, natürlich ersteres Mittel in sehr kleiner Gabe. Aelteren Kranken giebt er diese Verbindung in Pillenform; für jüngere Kranke muss eine andere Form gesucht werden.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VII.] BERLIN, NOVEMBER 1846. [HEFT 5.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Die Geschichte und die pathologische Anatomie des typhösen Fiebers bei den Kindern, von Dr. Victor Szokalski in Paris.

I. Historisches.

Bevor wir das Resultat unserer Beobachtungen und Nachforschungen über das typhöse Fieber bei den Kindern den Lesern dieses geschätzten Journals mittheilen, ist es nothwendig, einen Blick auf den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft zu werfen, und zu untersuchen, ob die älteren und neueren Autoren ihre Aufmerksamkeit auf diese so gefährliche Krankheit gerichtet haben. Von Hippokrates bis zum Anfange des 19. Jahrhunderts hat eine grosse Anzahl von Schriftstellern (unter denen wir Celsus, Aretaeus, Galenus, Caelius Aurelianus, Alexander Tralles, Aëtius, Hollerus, Jakob Fontanus, Bonetus Tulpius, Fantonus, Morgagni [1]) besonders anführen) die Intestinalgeschwüre beschrieben, welche sie als die Ursache einer Menge verschiedener Krankheiten betrachten, und sie haben in ihren Werken und unter verschiedenen Namen so Manches über das Nervenfieber angegeben; aber in allen ihren Beschreibungen findet man nichts, was sich speziell auf das Kindesalter bezöge. — Roederer und Wagler erwähnen in ihrer Abhandlung: *De morbo mucoso,* nur, dass bei den Kindern diese Krankheit existirt. Petit und Serres, welche das typhöse Fieber zuerst unter dem Namen *Febris entero-mesenterica* beschrieben haben, betrachten es

---

1) Lesser, p. 1 bis 22. Die Entzündung und Verschwärung der Schleimhaut des Verdauungskanales.

als eine den Erwachsenen eigne Krankheit und bezeichnen diese Lebensepoche als prädisponirende Ursache ihrer Entwickelung. Seit dieser Zeit ist diese so oft und so weise unter den verschiedenen Namen: Gastro-Enteritis, Dothinenterie, *Enteritis folliculosa, Febris typhoides,* typhöses Fieber, Typhusfieber, Nervenfieber beschriebene Krankheit nur bei den Erwachsenen Gegenstand des Studiums gewesen. Es ergiebt sich dieses aus der Durchlesung dessen, was der Autor der letzten in Frankreich erschienenen Monographie über das typhöse Fieber, Hr. Chomel, über das Vorkommen dieser Krankheit bei den Kindern gesagt hat: „Wir glauben dreist behaupten zu können", sagt dieser berühmte Pariser Professor, „dass vom 15ten Jahre ab rückwärts bis zum 10ten Jahre die Anzahl der Kinder, welche von Nervenfieber befallen werden, stufenweise abnimmt, und dass ein Kind unter jenem Alter nur äusserst selten diese Krankheit bekommt." Diese wenigen Worte zeigen deutlich, wie wenig die fragliche Krankheit im Jahre 1834 noch bekannt war.

Man braucht jedoch nicht zu glauben, dass diese Krankheit, womit wir uns hier beschäftigen, so ganz unbemerkt vorübergegangen sei, und dass die vielen Autoren, welche sich insbesondere den Krankheiten des angehenden Lebens gewidmet haben, ihre Geschichte gänzlich vernachlässigt hätten. Wir werden sehen, dass dieselbe bereits seit dem Jahre 1820 die Aufmerksamkeit der ausgezeichnetsten Aerzte Deutschlands und Englands auf sich gezogen hat, und dass sie zu wiederholten Malen und unter verschiedenen Namen beschrieben worden ist.

Im Jahre 1820 publizirte Dr. Abercrombie in dem Edinburger Journal der Medizin und Chirurgie eine ausführliche Monographie über die Krankheiten des Verdauungskanales. Er widmete ein besonderes Kapitel der Intestinal-Schleimhaut bei den Kindern; aber er warf, unter dieser Benennung, alle einfachen und spezifischen Entzündungen unter einander. Jedoch findet man in seiner Beschreibung der gefährlichsten Form der Krankheit manche Züge, welche das typhöse Fieber bei den Kindern charakterisiren. „In einigen Fällen", sagt er, „tritt das Fieber heftig auf, die Zunge ist trocken und lederartig, der Durst heftig; in anderen Fällen bemerkt man eine plötzliche Erschöpfung der Lebenskräfte, die sich keineswegs durch die Frequenz der Ausleerungen entschuldigen lässt. Hiermit vereinigt sich das Koma, begleitet von eingefallenen Augen und einem matten Blicke. Die Sektion zeigt auf verschiedenen Punkten des Darmkanals, hauptsächlich im Ileum, ent-

zündete Stellen, welche etwas erhaben und mit kleinen Bläschen oder Geschwüren besäet sind."

Diese Beschreibung ist gewiss sehr unvollständig, und skrupulöse Beobachter könnten bezweifeln, dass der Autor von dem typhösen Fieber habe sprechen wollen, wenn man am Ende seiner Abhandlung nicht einige ziemlich spezielle Beobachtungen fände, die über die Natur der beschriebenen Krankheit keinen Zweifel übrig lassen. Einige von diesen Beobachtungen sind sogar weit klarer und vollständiger, als die allgemeine Beschreibung der Krankheit selbst. Wir wollen hier eine der merkwürdigsten wörtlich zitiren. Es handelt sich in derselben von einem kleinen, 3 Jahre alten Mädchen, welches nach Verlauf von 3 Wochen an einer Krankheit starb, die sich durch Erbrechen, Diarrhoe, heftigen Durst, starkes Fieber und in den letzten Tagen durch Cerebralsymptome charakterisirte. Die Sektion hat Folgendes gezeigt: „Ileum, von der Bauhin'schen Klappe an bis zum Jejunum, sehr geröthet, die Schleimhaut mit vielen entzündeten Flecken bedeckt, welche unregelmässig erhaben, von schwammigem Aussehen und mit kleinen Geschwürchen bedeckt waren. Manche dieser Flecken hatten die Grösse eines Schillings, andere waren kleiner; sie waren ungefähr ½ Zoll von einander entfernt, die Schleimhaut in diesen Zwischenräumen war gesund und die mesenterischen Drüsen waren sehr angeschwollen und injizirt."

Obgleich diese Beschreibung weit derjenigen nachsteht, welche Louis und Chomel von dieser Krankheit gegeben haben, so wird doch Niemand bezweifeln, dass es sich darin von einem typhösen Fieber handelt, welches anatomisch durch Geschwüre auf erhabenen Stellen, durch Anschwellung und Injektion der mesenterischen Drüsen charakterisirt ist.

Zwei Jahre später hat Wendt in seiner Abhandlung: „Die Kinderkrankheiten systematisch dargestellt" unter dem Namen *Febris meseraica* eine Krankheit beschrieben, welche einige Analogie mit dem typhösen Fieber hat. Das Resumé seiner Beschreibung ist folgendes:

„Nach einigen kurzen Vorläufern, welche in Niedergeschlagenheit und Uebelkeit bestehen, haben die Kinder Frost, welchem Hitze und Neigung zum Erbrechen folgt; der Durst nimmt zu, der obere Theil der *Regio epigastrica* ist entwickelt und gespannt, die Zunge ist in der Mitte belegt und roth an den Rändern; die Ausleerungen sind schwierig und sparsam. Das Fieber hat einen remittirenden Typus

mit abendlichen Exazerbationen, die Haut ist brennend, der Kranke delirirt. Das Fieber fährt auf diese Weise bis zum 11ten, 17ten oder 21sten Tage fort; alsdann kritisirt es sich durch kopiöse, freiwillige Ausleerungen und einen Bodensatz im Urin. In den unglücklichern Fällen gesellen sich zu den oben erwähnten Symptomen noch Schläfrigkeit, Kephalalgie und fortdauerndes Delirium, Krämpfe, Petechien und kolliquative Diarrhöen. Die Zunge ist mit schwärzlichem Schleime belegt, die Augen verlieren ihren Glanz, die Respiration nimmt einen leichenartigen Geruch an und der Kranke stirbt mit allen Symptomen eines putriden Fiebers. Bei der Eröffnung des Körpers findet man brandige Stellen und Klumpen von aschgrauem oder gelblichem Schleime in den dünnen Gedärmen. Die mesenterischen Drüsen sind angeschwollen, mit grauem Schleime angefüllt und mit einem rothen entzündeten Ringe umgeben. Ueberall findet man deutliche Spuren von Entbildung des Soliden und Zersetzung des Flüssigen."

Diese Krankheitsbeschreibung von Wendt ist ausführlich genug, um das typhöse Fieber erkennen zu lassen, und besonders sind es die unter den anatomischen Symptomen erwähnten pathologischen Veränderungen in den mesenterischen Drüsen, welche jeden etwa darüber zu hegenden Zweifel entfernen. Diese Arbeit von Wendt über das mesaraische Fieber ist später wörtlich in die Sammlungen von Riecke und Mezler aufgenommen worden.

Billard behauptet in seiner Abhandlung über die Krankheiten der neugeborenen Kinder (1828), dass die Entzündung nur bei den im Alter vorgeschrittenen Kindern die Symptome eines putriden Fiebers hervorbringen könne, und dass sie bei den jüngeren nur die Erscheinungen der einfachen Enteritis erzeuge. Zur Unterstützung seiner Meinung zitirt er zwei Beobachtungen, eine über ein kleines Mädchen von 24 Tagen, deren Krankheit fast einen Monat dauerte; die andere über ein Kind von 13 Monaten, welches nach Verlauf von ungefähr 20 Tagen starb.

Die Abhandlung von Henke, deren letzte Auflage 1837 publizirt worden ist, enthält eine sehr gedrängte Beschreibung der Abdominal-Entzündungen bei den Kindern, welche unter dem Namen „Inflammation der Intestinal-Schleimhaut" kaum einige Symptome des typhösen Fiebers angiebt; übrigens lässt uns die Auslassung aller anatomischen Details über die Natur der Krankheit, wovon der Autor reden wollte, ganz und gar in Ungewissheit.

Evanson und Maunsell [1]) haben das typhöse Fieber an zwei Stellen ihres Werkes unter den Namen Ileitis und *Febris remittens* beschrieben; Ileitis begreift alle spezifischen und einfachen Entzündungen der Gedärme; die Schriftsteller erkennen aber, dass die Modifikation, welche sie mit dem Namen *Enteritis folliculosa* benennen, die wichtigste von allen ist; sie fügen hinzu, dass sie häufig bei den Kindern vorkommt. Schade nur, dass sich diese letztere Bemerkung nicht auf Thatsachen stützt. Für sie ist die Verschwärung eine nothwendige Folge der follikulösen Entzündung, sie kann sogar eine Durchlöcherung der Gedärme nach sich ziehen. Das Krankheitsbild ist viel vollkommener, als das von Abercrombie, es ist dem letzteren aber dadurch sehr ähnlich, dass es die Unterschiede zwischen den Krankheitsformen mehr ihrer Intensität als ihrer Spezifizität nach darstellt. Der möglichen Verwechselung der Krankheiten ist mit ziemlich vieler Sorgfalt vorgebeugt; die Schriftsteller halten sich lange bei den nervösen Symptomen auf, welche öfters mit den Cerebralsymptomen verwechselt werden, welche aber immer nur als sympathische Erscheinungen der Intestinal-Entzündungen zu betrachten sind. Was die Schilderung der *Febris remittens* anbelangt, so ist sie der Wendt'schen sehr ähnlich: „Indem wir", sagen die genannten Autoren, „die *Febris remittens* bei den Kindern für eine Krankheit der Digestionswege erklären, erklären wir uns zu gleicher Zeit in Hinsicht des Sitzes und der Natur dieser Krankheit. Wir sind fest überzeugt, dass sie nur eine einfache Konsequenz der Veränderung im Darmkanal ist, welches auch die Verschiedenheit dieser Krankheit sein möge."

Die neueste, in Deutschland über die Kinderkrankheiten publizirte Abhandlung ist die von Meissner [2]). Sie enthält eine Beschreibung des typhösen Fiebers bei den Kindern, welche weit vollständiger ist, als alle diejenigen, welche wir bisher angeführt haben. Wir befürchten jedoch, dass der Autor von den Erwachsenen auf die Kinder geschlossen habe, wenigstens scheinen seine Beschreibung dieser Krankheit, die Autoren, welche er zitirt, und hauptsächlich die Art und Weise, wie er andere Punkte der Kinderpathologie (die Perikarditis insbesondere) abgehandelt hat, unsere Meinung zu rechtfertigen.

„Diese Krankheit", meint er, „ist eine örtliche Entzündung,

---

1) *Practical treatise on the management and diseases of children.* 1836.

2) Die Kinderkrankheiten nach den neuesten Ansichten und Erfahrungen u. s. w. von Friedrich Ludwig Meissner, Leipzig 1838.

welche besonders die Peyer'schen Drüsen und die isolirten Schleimbälge angreift und folglich in den mesenterischen Drüsen ihren Sitz hat. Ihre Prodrome bestehen in Niedergeschlagenheit, Uebelkeit, einer gewissen Unruhe, Widerwillen gegen Nahrung und Beklemmung; dann folgen Fieber, starker Durst, Kopfschmerzen und Diarrhoe. Während der ganzen Krankheit ist die Schwäche sehr gross, die Gesichtszüge sind verändert, die Wangen sind geröthet, die Sprache stotternd, und man glaubt, dass die kleinen Kranken genöthigt sind, alle ihre Geisteskräfte zu sammeln, um die einfachste Frage zu beantworten. Die Sinne sind stumpf, die älteren Kinder beklagen sich über Schwindel und Kephalalgie. Im weiteren Verlaufe der Krankheit sinken die Augen ein, die Nase verlängert sich, die Nasenflügel und die Lippen werden schwarz und trocken, die Haut hat eine brennende Hitze, der Puls ist klein und zusammengezogen, die Zunge trocken, roth an den Rändern und an der Spitze, mitunter feucht und mit schmutzigem, weisslichem Schleime belegt. Der Athem ist stinkend; Urin sparsam, mehr oder weniger dunkel und sedimentös; die Gegend von *Coecum* und *Colon ascendens* ist schmerzlich. Zu diesen Symptomen gesellen sich Diarrhoe, Meteorismus und Bauchknurren. Die anatomischen Charaktere dieser Krankheit bestehen in der Anschwellung und in der Verschwärung der Peyer'schen Drüsen, in der Röthung, der Hypertrophie und der Erweichung der mesenterischen Drüsen."

Man wundert sich vielleicht, dass wir hier fast nur deutsche und englische Autoren erwähnen; aber die Werke, welche wir zitirt haben, so unvollständig sie auch sind, sind die einzigen, in welchen man eine Beschreibung des typhösen Fiebers bei den Kindern findet. Die Franzosen haben, wie wir es bereits im Anfange äusserten, fast nur über das typhöse Fieber bei Erwachsenen geschrieben, und kaum hat die fragliche Krankheit in den wenigen Abhandlungen, welche in den letzten Jahren in Frankreich publizirt worden sind, einen Platz gefunden. Kann man dem den Namen einer Beschreibung geben, was Eusèbe de Salles von dem Typhus oder bösartigen Fieber bei den Kindern sagt? „Die Symptome, welche diese Krankheit bei ihrer ersten Erscheinung anzeigen", sagt der Uebersetzer von Underwood, „sind weit öfter Mattigkeit, Abspannung und Niedergeschlagenheit, als ein wirkliches Frösteln. Sehr oft findet eine Beklemmung in der Präkordialgegend statt, welcher Hitze, Kopfschmerz, sehr starker Durst und Schlaflosigkeit folgen. Am zweiten Tage zeigt sich eine deutliche Remission, zuerst sehr regelmässig, welche, ohne dies in der

Folge zu sein, zu gewissen Tagen während der ganzen Dauer der Krankheit wiederkehrt: diese letztere verlängert sich bis zur dritten oder vierten Woche; nach dieser Zeit tritt der kleine Kranke, wenn er mit Sorgfalt behandelt ist, gewöhnlich in Rekonvaleszenz." Man begreift, dass man in einem Werke, was 1823, vor Bekanntwerdung der herrlichen Untersuchungen von Louis über das typhöse Fieber, publizirt wurde, so leicht über eine Krankheit weggleiten konnte, welche die Aufmerksamkeit der Beobachter noch nicht auf sich gezogen hatte. Dagegen trifft Hrn. Berton ein sehr gegründeter Vorwurf. Noch 1837 wirft derselbe alle Entzündungen der Gedärme in ein und dasselbe Bild, und vermengt alle Arten von akuten und chronischen, gut- und bösartigen, einfachen und spezifischen Entzündungen, so dass es unmöglich ist, aus seiner konfusen Beschreibung diejenigen herauszufinden, welche die follikulöse Entzündung der dünnen Gedärme charakterisiren.

Wenngleich die Abhandlungen und Monographieen beinahe stumm über die Dothinenterie der Kinder bleiben, so findet man jedoch hin und wieder in den medizinischen Journalen Beobachtungen über diese Krankheit. Seit 1833 sind in der *Gazette médicale* und der *Lancette française* eine ziemlich grosse Menge Beobachtungen über das typhöse Fieber bei den Kindern mitgetheilt werden; und die beschriebenen Fälle sind im Allgemeinen sehr ausführlich, mit Sorgfalt zusammengestellt und mit sehr interessanten Bemerkungen begleitet; wir werden nicht vergessen, sie jedesmal anzuführen, wenn sie etwas Merkenswerthes darbieten.

II. Pathologische Anatomie.

Wir wollen in diesem Kapitel die anatomischen Veränderungen betrachten, welche man bei den an dem Nervenfieber gestorbenen Kindern beobachtet hat. Es scheint uns jedoch nothwendig, diese Betrachtung mit einer Beschreibung der Peyer'schen Drüsenflatschen (*Plaques*) zu beginnen [1]), so wie diese letztern sich bei den an jeder

1) Die Peyer'schen Drüsengruppen bilden längliche Flecke in den dünnen Gedärmen, und zwar auf der Stelle, welche dem Orte gegenüber liegt, wo der Darm am Mesenterium angewachsen ist. Sie bestehen aus einem drüsenartigen Gewebe, das zwischen der Schleimhaut und der mukösen Haut seinen Sitz hat; sie nehmen an Umfang und Grösse zu, je mehr man sich der Bauhin'schen Klappe nähert; Tonnellé bestimmt ihre Anzahl auf 32 und sagt, dass nur 7 davon der oberen Hälfte des Dünndarms angehören. Zuerst von geringerer Ausbreitung, werden sie nachher mehrere Zoll lang, oval und haben eine solche Lage, dass ihr Längendurchmesser mit der Richtung des Darms zusammenfällt. Die französischen

anderen Krankheit gestorbenen Kindern wahrnehmen lassen. Die Kenntniss dieser Flatschen ist unentbehrlich, weil dieselben bei den Kindern sich in sehr hohem Grade entwickeln. Diese Entwickelung, zuweilen eine rein physiologische, ist häufig eine Folge von Unterleibskrankheiten, oder sie hängt von exanthematischen Fiebern ab.

Die Schriftsteller, welche sich mit den Drüsen der Gedärme beschäftigten, haben als Norm ihrer Beschreibungen die Intestinal-Schleimhaut bei den Kindern genommen. Besonders haben Lelut und Tonnelé darüber zwei sehr interessante Arbeiten geliefert. Wir werden jedoch nicht, wie sie, die feinste Struktur der isolirten und aggregirten Drüsen verfolgen, vielmehr uns begnügen, die Peyer'schen Flatschen nur ihrem äusseren Aussehen nach, d. h. ihre Farbe, ihre Konsistenz u. s. w., zu beschreiben.

Schriftsteller nennen diese Gruppen „Plaques", und sie erkennen darin verschiedene Stufen der Ausbildung (wir bedienen uns des deutschen Ausdrucks: Flatschen. Red.). Billard nimmt deren drei an; die zur ersten Stufe gehörigen liegen so im Darmschlamme verborgen, dass man sie erst nach sorgfältiger Reinigung wahrnehmen kann; die Schleimhaut ist auf ihrer Oberfläche etwas gerunzelt, man erkennt aber keine drüsenartigen Granulationen. In der zweiten Stufe der Ausbildung sieht man hier und da einige weissliche, granulöse Erhabenheiten hervorspringen, die von kleinen Falten der Schleimhaut in verschiedenen Richtungen durchschnitten sind. Die dritte Art dieser Flatschen, welche ihre höchste Ausbildung darbietet, und die man vorzugsweise nahe der Bauhin'schen Klappe wahrnimmt, bilden höckrige Flächen; die Granulationen sind sehr einander genähert, mit gräulichen Pünktchen übersäet, und die sie überziehende Schleimhaut zeigt viele Runzeln.

Wenn man die Mukosa abzieht, so nimmt man in der *Tunica propria* Vertiefungen wahr, die dem Fundus der bezüglichen Stellen entsprechen. Es ist wohl zu bemerken, dass die *Valvulae conniventes* sich nicht auf die Peyer'schen Flatschen erstrecken, und die sie überziehende Schleimhaut nur gerunzelt erscheint, was ihr ein zellenartiges Aussehen verleiht, sobald sie etwas angeschwollen oder hypertrophirt ist. Diese Stellen der Schleimhaut sind mit zahlreichen, starken und breiten Darmzotten versehen, und wenn man diese letzteren auseinander streicht, so sieht man zwischen ihnen weisse, eine Linie breite, rundliche, granulöse Erhabenheiten, auf deren Oberfläche dunkle Pünktchen wahrzunehmen sind. Es ist bisher noch nicht gelungen, aus diesen Stellen ein Sekret herauszudrücken, und man ist heute beinahe gänzlich überzeugt, dass die erwähnten Pünktchen keinesweges als Oeffnungen der Sekretionsgänge zu betrachten sind. Wenn man die Oberfläche dieser Stellen anfritzt, so gelangt man zu einer Aushöhlung, die einen weisslichen Schleim enthält.

Aus dieser Beschreibung dürfte hervorgehen, dass die Peyers'chen Flatschen keinesweges als Follikeln zu betrachten sind. Sie bestehen vielmehr aus Säckchen, die sich erst dann in Zellen verwandeln, wenn die Schleimhaut zerstört ist. Die Peyer'schen Flatschen enthalten zahlreiche Nerven und Blutgefässe.

Vergl. Billard, *De la membrane muqueuse gastro-intestinale* p. 115.

Tonnellé, *De la structure des follicules intestinales. Gazette médicale* 1832, *p.* 600.

Lelut, *sur le même sujet. Gazette médicale* 1832, *No.* 26.

Guillot, *Recherches anatomiques sur le canal intestinal. Experience* 1837, *No.* 11.

Müller's Physiologie 473.

Erster Artikel. Zustand der Peyer'schen Flatschen in den nicht-typhösen Affektionen. Die Flatschen zeigen ein verschiedenes Aussehen; einmal sind sie sehr wenig erhaben, von bleicher oder weissgrauer Farbe und mit schwarzen und etwas eingedrückten Pünktchen besäet. Häufig trifft man solche Flatschen bei Erwachsenen an, und man könnte sie mit einem frisch rasirten Barte vergleichen. In anderen Fällen sind dieselben erhaben; statt der Pünktchen sieht man auf ihrer Oberfläche unregelmässige Flecke, welche durch erhabene zackige Linien von einander getrennt sind, und wodurch kleine Vertiefungen entstehen, die ein zellenartiges Ansehen haben. Manchmal ist die Erhabenheit dieser Linien sehr bedeutend, 1 bis 1½ Millimeter; in diesem Falle erscheinen die Zellen sehr enge und sind zuweilen ganz versteckt, und die alsdann ebenfalls erhabenen Flatschen bieten auf ihrer Oberfläche viele Unebenheiten dar. In den Fällen dagegen, wo die Scheidungslinien nur hier und da etwas stark entwickelt sind, verstecken sie die Zellen weniger, und dann gleichen ihre frei flottirenden Lappen den Geschwürsrändern so sehr, dass man sie leicht damit verwechseln könnte. Namentlich ist die Täuschung sehr gross, wenn man sie unter dem Wasser betrachtet. Um sich jedoch von der gänzlichen Abwesenheit der Geschwüre zu überzeugen, darf man nur die Flatschen mit dem Rücken des Sektionsmessers wiederholentlich streichen, oder mit einem scharfen Messer einen senkrechten Schnitt machen und die unter der Schleimhaut liegenden Zellgewebe untersuchen, welche alsdann glatt, glänzend, ohne Röthung und Verdickung erscheinen. Die Farbe der Peyer'schen Flatschen ist sehr verschieden; bald sind sie sehr blass, und dies ist ihre gewöhnliche Farbe, bald sind sie rosenfarben und zuweilen von einem ziemlich lebhaften Roth. Ihre Konsistenz ist ebenfalls verschieden, meist die gewöhnliche, manchmal sind sie jedoch so mürbe, dass sie sich unter der Pinzette zerdrücken lassen. In den Fällen, wo wir sie weich und roth gefunden haben, hat uns das unter der Schleimhaut befindliche Zellgewebe keine Injektion und keine Verdickung gezeigt. Die Flatschen sind hier, wie bei dem typhösen Fieber, um so zahlre[illegible]er, erhabener und grösser, je näher sie der Bauhin'schen Klappe lie[illegible] In zwei Fällen glaubten wir Geschwüre auf den Flatschen [illegible]ehmen; es ist aber möglich, dass wir durch das zellige Aus[illegible] Flatschen und das lappenartige Aussehen der so eben be[illegible] Scheidungslinien irre geführt worden sind.

Dieser Zustand der Flatschen ist bei einer grossen Anzahl von Kinderkrankheiten beobachtet worden, aber beinahe immer haben diese Kinder längere oder kürzere Zeit Durchfall gehabt. In den exanthematischen Fiebern, und insbesondere in der Skarlatina, haben sie uns nie ein anderes, als das eben erwähnte Aussehen dargeboten. Die fleckigen Flatschen waren bei dieser Krankheit meistens roth und mit vielen isolirten, erhabenen und platten Schleimbälgen umgeben [1]), deren Grösse zwischen der eines Stecknadelkopfes und der einer Linse variirte. Beinahe in allen Fällen, wo wir die zellenartigen Flatschen beobachteten, befanden sich die mesenterischen Drüsen im normalen Zustande; zwei- oder dreimal nur waren sie etwas geschwollen, roth und mürbe. Wir schliessen diese Beschreibung mit der Bemerkung, dass fast alle unsere Beobachtungen bei Kindern zwischen 2 und 4 Jahren gemacht sind.

Beobachtung der fleckigen Flatschen. Erste Beobachtung. Bei einem Kinde, welches an Krämpfen und der *Pneumonia lobularis* gestorben ist, haben wir die Gruppen der Peyer'schen Drüsen in folgendem Zustande angetroffen: Die Flatschen waren in der ganzen Länge des Darmkanals fast gleichmässig entwickelt, zwei oder drei roth, die anderen blass, alle gleichmässig stark angeschwollen und an ihren hervorragendsten Stellen $\frac{1}{4}$ Millimeter dick. Sie bestanden aus

---

1) Um die Peyer'schen Flatschen herum trifft man eine Menge kleiner, isolirter Schleimbälge an, die zu den sogenannten Brunner'schen Drüsen gehören. Von manchen Schriftstellern wird ihre Gegenwart im Normalzustande geläugnet; wir wollen sie hier nach Tonnellé's Angaben beschreiben.

Bei einer genauen Betrachtung der Schleimhaut findet man zwischen den Darmzotten hier und da dunkle Pünktchen (die Oeffnungen der Schleimbälge), die, wenn man sie gegen das Licht betrachtet, durchsichtiger sind, als die übrige Schleimhaut. Um sich über die anatomische Beschaffenheit jener Schleimbälge zu belehren, muss man von aussen zu ihnen gelangen. Nachdem man den Peritonealüberzug und die muskulöse Haut durchschnitten hat, gelangt man auf den Boden des Follikels und bald darauf in seine Aushöhlung. Wenn man jetzt eine Schweinsborste in den Balg einführt, so tritt sie, indem sie sich etwas nach unten umbiegt, durch das oben erwähnte Pünktchen in den Darmkanal. Jeder Schleimbalg erhält von dem Mesenterialplexus einen Nerven, welcher den Balg ringartig umgiebt. Von diesem Ringe zweigen sich eine grosse Anzahl kleiner Nervchen ab, die sich an den Wänden des Balges verlieren. — Die Blutgefässe der Bälge kommen aus den mesenterischen Gefässen und verhalten sich auf folgende Weise: Jeder Arterienstamm theilt sich da, wo der Darm an dem Mesenterium angewachsen ist, in mehrere Zweige, von denen sich ein Theil auf der vorderen, ein anderer auf der hinteren Fläche des Darmes so verläuft, dass sie nachher am freien Rande zusammentreffen und Ringe bilden, die den Darm von Stelle zu Stelle umgeben. Von diesen wohlbekannten Ringen nehmen eine Menge kleiner Gefässe ihren Ursprung, deren jedes an einen Balg läuft, sich in seiner Nähe spaltet, den Balg ringartig umgiebt und nach allen Richtungen kleine Zweige versendet, die sich an den Wandungen des Balges verlaufen.

dicken, sich nach allen Richtungen kreuzenden und verworrenen Linien, welche fast gar keine Zwischenräume wahrnehmen liessen. Ihre Konsistenz war die gewöhnliche, man konnte sie lange mit einem Messer schaben, ohne dass sich die Schleimhaut entfernte. Wir zählten 20 Flatschen, von denen die grössten, von ungefähr 1 Zoll Länge, nahe an der Bauhin'schen Klappe lagen. Auf zweien dieser Flatschen, von denen die eine 3½ Fuss vom Magen entfernt war und deren andere sich auf der Klappe befand, bemerkte man drei kleine oberflächliche Geschwüre von rundlicher Form und röthlichen, etwas erhabenen und eben nicht sehr weichen Rändern; ihr Grund lag in der Schleimhaut, welche nur in der Oberfläche zerstört war; ihre Ausbreitung betrug 4 Millimeter.

Zweite Beobachtung. Ein anderes Kind, von 2 Jahren, welches an der einfachen Enteritis starb, zeigte eine bedeutende Entwickelung der Peyer'schen Drüsengruppen, verbunden mit Pseudo-Ulzerationen. Eine dieser Flatschen, oberhalb der Bauhin'schen Klappe gelegen, springt um 1½ Millimeter hervor und ist auf allen Seiten von der hypertrophischen Schleimhaut umgeben. Der Horizontaldurchschnitt zeigt, dass das unter der Schleimhaut befindliche Gewebe weder verdickt noch erweicht ist, und dass sich keine Zwischenlage von gelblichem Gewebe unter der Schleimhaut befindet. Eine andere, dieser benachbarte, Flatsche ist weniger erhaben, sie bietet aber eine sehr grosse Menge Erosionen dar, worin die Schleimhaut zerstört zu sein scheint. Die Schleimhaut, welche ihre Ränder bildet, ist abgelöst und bildet kleine Erhabenheiten. Die Gedärme nach oben hinauf verfolgend, sieht man blasse Flatschen, welche meistentheils ½ Millimeter hervorspringen, sehr fleckig, aber nicht erweicht, und mit höckerigen Unebenheiten von der Grösse eines Stecknadelkopfes versehen sind. Gegen das Licht betrachtet, stellen diese Flatschen dunkle Flecke dar, während ihre Zwischenräume halb durchsichtig sind. Einige geröthete Flatschen schimmern durch und lassen sich auf der äusseren Oberfläche der Gedärme als violette Flecke wahrnehmen.

Mit diesen beiden Beobachtungen hätten wir noch mehrere andere verbinden können, welche den Zustand der Flatschen in verschiedenen Nüanzirungen gezeigt haben würden; es genügt jedoch hier, eine allgemeine Beschreibung davon zu geben, und wir fügen als Resumé hinzu:

Man findet die Peyer'schen Flatschen bei den Kindern in verschiedenen Zuständen: erhaben, angeschwollen, roth, weich, zellen-

artig, manchmal mit kleinen Geschwürchen oder Erosionen bedeckt, und dies in einer Menge von Krankheiten, die mit dem typhösen Fieber in gar keiner Beziehung stehen. In allen diesen Fällen ist das unter der Schleimhaut liegende Zellgewebe gesund, auch behalten die mesenterischen Drüsen gewöhnlich ihren Normalzustand.

Zweiter Artikel. Veränderungen der Flatschen und mesenterischen Drüsen in den typhösen Affektionen. Zuerst sollen uns die spezifischen und charakteristischen Veränderungen in den Peyer'schen Flatschen, in den Schleimbälgen der Gedärme und den mesenterischen Drüsen beschäftigen; dann werden wir die gleichzeitigen und konsekutiven Veränderungen in den anderen Organen beschreiben. Die 16, an dem typhösen Fieber gestorbenen Individuen, welche wir geöffnet haben, unterlagen in verschiedenen Stadien dieser Krankheit, wie dieses die nachfolgende Tabelle näher angiebt.

Alter.	Dauer.	Anzahl der Individuen.
11 Jahre	7 Tage	1
4½ -	9 -	1
6 -	15 -	1
11 -	19 -	1
8, 14, 15 Jahre	20 -	3
11 Jahre	21 -	1
5 -	23 -	1
9 -	28 -	1
11½ -	31 -	1
3 -	32 -	1
8 -	37 -	1
13 -	60 -	1
2 -	unbestimmt, höchstens 43 Tage	1
2 -	- - 2 Monate	1
		16.

Wir werden diese 16 Fälle in 3 Gruppen theilen:

In die erste stellen wir die Individuen, welche vor der Verschwärungsperiode unterlagen.

In die zweite diejenigen, bei denen die Flatschen schon ulzerirt waren.

In die dritte die, bei denen die Flatschen bereits vernarbt oder im Begriff waren sich zu vernarben.

a) Nicht-ulzerirte Flatschen. Man sieht aus der obigen Tabelle, dass die früheste kadaverische Untersuchung am 7ten Tage nach Beginn der Krankheit stattfand. Die Peyer'schen Flatschen befanden sich in folgendem Zustande:

Sie waren sehr zahlreich, erhaben, rundlich oder länglich, einige roth, andere grau, glatt auf ihrer Oberfläche und, ihrer äusseren Form nach, den Flecken von Urtikaria ähnlich; alle waren sehr weich. Der Vertikalschnitt zeigte keine Zwischenlage von gelbem Gewebe unter der Schleimhaut. Das Zellgewebe war ganz gesund; keine von diesen Flatschen war ulzerirt. Die Flatschen beginnen gegen das Ende der dünnen Gedärme und werden zuletzt so zahlreich, dass sie die Schleimmembran beinahe gänzlich bedecken. Die isolirten, zahlreichen, grossen und erweichten Schleimbälge enthalten eine grosse Menge einer weissen, sehr flüssigen Materie; sie sind nicht ulzerirt. Die Schleimhaut, welche die Flatschen umgiebt, ist dunkelroth und sehr weich, ganz am Ende des Dünndarms ist sie zugleich verdickt und erweicht. Die Schleimbälge des Coekum sind wenig entwickelt, die am unteren Theile des Dickdarms sind voluminös; sie enthalten eine sehr flüssige Materie und sind von Injektionen umgeben.

Zur Seite dieser Untersuchung stellen wir eine andere, welche bei einem am 8ten Tage gestorbenen Kinde stattfand und welche wir dem Hrn. Prof. Barth verdanken [1]). „Auf den letzten 18 Zoll des Dünndarms bemerkt man 4 Flatschen, welche eine elliptische Form haben, angeschwollen sind, und zwar um so mehr, je näher sie der Bauhin'schen Klappe liegen. Sie sind $\frac{1}{2}$ Linie hoch, blassroth, die Schleimmembran ist darin zerreiblich und das unter ihr liegende Zellgewebe ist leicht injizirt, jedoch ohne Ulzerationen und ohne eine gelbe Unterlage zu zeigen. Die angrenzenden Schleimbälge sind sehr entwickelt."

Der krankhafte Zustand der Flatschen war bei dem 4 Jahre alten Kinde, welches am 9ten Tage starb, weit mehr ausgedehnt, wie dies die folgende Beobachtung ersehen lässt.

Zwei Fuss vom Magen sieht man schon eine Peyer'sche Flatsche; sie ist ein wenig erhaben, roth und an ihrem unteren, nicht erweichten Theile mit kleinen Zellen versehen, welche von der Schleimmembran überzogen sind. Das unter der Schleimhaut befindliche Zellgewebe ist vollkommen gesund. Dicht zur Seite dieser Flatsche sieht man drei

1) Dieser Fall ist nicht in unserer Tabelle erwähnt.

kleine andere, welche weder erhaben, noch roth, noch erweicht sind, und bei denen man in der Tiefe ihrer Zellen graue Pünktchen wahrnimmt. Drei Zoll tiefer ist eine rundliche Flatsche von der Breite einer Linse, sie ist leicht erodirt, so dass die Erosionen nur die oberste Schicht der Schleimmembran angreifen. Das unter der Schleimhaut liegende Gewebe ist weiss und nicht verdickt. Zwei Fuss unterhalb dieser letzten Flatsche sieht man andere von 1 bis 12 Linien Länge, welche den oben erwähnten, nicht verdickten ganz ähnlich sind. Acht Fuss oberhalb der Bauhin'schen Klappe sieht man eine Flatsche von 2 Linien Länge, sie ist blass, erweicht, angeschwollen, mit zellenartigen Depressionen versehen und mit einem rothen Rande umgeben. Das Zellgewebe ist nicht angegriffen. Sieben Fuss oberhalb der Klappe sind drei kleine ähnliche Flatschen und sechs Fuss über derselben eine andere, um 2 Millimeter erhabene Flatsche, oberhalb bleich und an dem Umfange roth; sie ist aus Zellen gebildet, deren Zwischenwände sehr erhaben und warzenartig sind, sie ist weich und lässt einige leichte Erosionen wahrnehmen. Von dieser Flatsche an bis ungefähr zwei Fuss oberhalb der Klappe sieht man dreizehn, den vorhergehenden sehr ähnliche Flatschen, nur, dass einige davon etwas dicker, röther und ohne Ulzerationen sind. Zwei Fuss von der Klappe vermehrt sich die Röthe und die Erhabenheit der Flatschen; sie haben ein weniger fleckiges Aussehen, und wenn man sie zusammendrückt, so geben sie eine gelbliche Flüssigkeit von sich. Ringsherum liegt eine grosse Menge von isolirten Schleimbälgen, deren einige roth, andere bleich sind; manche haben 3 bis 4 Millimeter im Durchmesser und sind auf ihrer Oberfläche etwas erodirt. Sechs Zoll oberhalb der Klappe sieht man eine erhabene Flatsche, 4 Millimeter hoch, 5 Centimeter lang und 2½ Centimeter breit. Sie ist von schmutziger, blassrother Farbe und von einer feinen, vielfachen Verzweigung von Injektionen durchdrungen; sie ist sehr erweicht, aber nicht ulzerirt, hat keine gelbe Unterlage und das unter der Schleimhaut liegende Gewebe ist weder verdickt noch geröthet. Der Rest des Darmes ist mit ähnlichen Flatschen angefüllt, welche seine ganze innere Fläche einnehmen. In den Zwischenräumen erscheint die Schleimhaut sehr geröthet.

Mit den vorhergehenden Beschreibungen wollen wir zwei andere vereinigen, wovon sich die eine auf ein am 15ten Tage und die andere auf ein am 21sten Tage gestorbenes Kind bezieht. In beiden Fällen haben wir keine Geschwüre auf den Flatschen angetroffen. Zuletzt

wenden wir noch eine andere Beobachtung anführen, wo wir am 20sten Tage nur erhabene fleckige Flatschen gefunden haben.

Bei dem am 15ten Tage gestorbenen Individuum befanden sich die Gedärme in folgendem Zustande:

6½ Fuss von der Klappe entfernt sieht man eine nicht erhabene Platte von 1½ Zoll Länge; sie ist nicht injizirt, zeigt breite Flecke und hat einen etwas abstehenden Rand. Unter dieser Flatsche sitzt eine andere von 2½ Zoll Länge, welche dieselben Charaktere darbietet, und ausserdem trifft man bis auf 2½ Fuss von der Klappe entfernt noch 8 ähnliche Flatschen an. Unter dieser Stelle befindet sich eine 1 Zoll lange, 4 Linien breite und wenig erhabene Flatsche, welche roth, fleckig auf der Oberfläche und weich ist; die Zellen sind beinahe gänzlich verschwunden, indem ihre warzenartigen Zwischenwände kaum sichtbar sind. Man glaubt eine leichte Erosion am Rande dieser Flatsche wahrzunehmen, sie verschwindet aber, wenn man sie mit dem Rücken des Sektionsmessers streicht. Unterhalb dieser Flatsche sieht man eine andere, ganz ähnliche, von 2 Zoll Länge, dann drei andere, welche im Durchschnitt 1 Zoll lang, und alle bleich, fleckig und nur wenig erhaben sind. Die letzten 4 Zoll des Darms werden von einer langen, weissen, sehr fleckigen Flatsche eingenommen, welche 2 Zoll von der Klappe höckerige, flottirende Vorsprünge zeigt. Der vertikale Schnitt der blassen und fleckigen Flatschen zeigt, dass sie nicht sehr erweicht sind und dass das unter der Schleimhaut liegende Zellgewebe glatt, weder verdickt noch injizirt ist; eben so ist es mit der letzterwähnten Flatsche. Die rothen Flatschen im Gegentheil erscheinen sehr weich und verdickt, das unter der Schleimhaut befindliche Zellgewebe ist roth, dick und ohne Resistenz. Die Röthe verbreitet sich bis an das Peritonäum, nirgends findet man eine Zwischenlage von gelbem Gewebe.

Bei dem Kinde von 11 Jahren, welches am 21sten Tage starb, waren die Veränderungen der Flatschen beinahe dieselben. Sie beginnen beim Duodenum, haben kaum 3 bis 4 Linien Länge, sind schwarz gepickelt, nicht erhaben, nicht erweicht; etwas weiter nehmen sie an Anzahl zu, sind etwas erhaben und fleckig. Sechs Fuss von der Klappe sieht man eine Flatsche von 1½ Zoll Länge, roth, etwas erhaben und erweicht; unterhalb derselben einige andere, welche fleckig, aber nicht injizirt sind. Dann kommt eine sehr weiche, lebhaft rothe und angeschwollene Flatsche von 2½ Zoll Länge. Das Gewebe unter der Schleimhaut ist gesund, auch zeigt sich keine Spur von gelber Unter-

lage. Unterhalb dieser Flatsche sieht man noch 16 andere, welche noch röther, angeschwollener und noch erweichter sind, als diese letztere. Endlich befindet sich, 2 Fuss von der Klappe, noch eine Flatsche, welche noch mehr angeschwollen ist, als die übrigen; sie ist mit einer grauen, wenig abhärirenden Schicht bedeckt, jedoch ist sie ohne Ulzerationen und zeigt auch keine Verdickung des Gewebes unter der Schleimhaut.

Die verschiedenen Beobachtungen, welche wir hier zusammengestellt haben, sind zu wichtig, als dass wir es gewagt hätten, davon einige Details auszulassen, oder Folgerungen einzuschalten, die sich weit leichter aus ihrer Gesammtheit ziehen lassen. Was uns zuerst aufstösst, ist der Umstand, dass in den drei Fällen, wo der Tod kurz nach dem Beginne der Krankheit stattfand, die von uns beobachteten Flatschen denen ganz ähnlich waren, welche Louis unter dem Namen „weiche Flatschen" beschrieben hat. Es ist auffallend, dass dies gerade dem widerspricht, was man bei Erwachsenen in ähnlichen Fällen findet, wie dies die folgende Stelle von Louis (Thl. I, S. 206) schliessen lässt: „Es ist bemerkenswerth, dass die harten Flatschen viel öfter bei den Individuen sich finden, welche am 8ten bis 15ten Tage der Krankheit sterben, als bei denen, welche erst später unterliegen." Chomel geht noch weiter; er giebt (S. 57 u. folg.) deutlich zu verstehen, dass die harten Flatschen der ersten Periode der Krankheit eigen sind. Man könnte uns vielleicht vorwerfen, dass wir unser Urtheil auf eine zu geringe Anzahl von Fällen gründen; aber die Fälle jener Herren sind keinesweges zahlreicher: Chomel hat den Zustand der Flatschen bei drei, bald nach dem Beginne der Krankheit gestorbenen Individuen untersucht, wovon eines am 7ten und zwei am 8ten Tage unterlegen, Louis ebenfalls nur bei dreien, die mit dem 8ten Tage gestorben waren.

Sollte dies Vorherrschen der weichen Flatschen nur zufällig gewesen sein? Oder ist es eine einfache Folge der Struktur der Peyerschen Flatschen im Kindesalter, oder der Funktion der Sekretionsdrüsen, oder vielleicht die Folge einer eigenthümlichen Aufregung, welche die Anschwellung dieser Drüsen im Kindesalter eher verursacht? Dies dürfte schwer zu entscheiden sein. Dass die weiche Beschaffenheit der Flatschen bei den Kindern nicht rein zufällig ist, scheint der Umstand zu bekräftigen, dass wir diese Erweichung immer gefunden haben, nicht blos in den Fällen, wo die Flatschen noch nicht ulzerirt waren, sondern auch in denen, wo sehr zahlreiche Ul-

zerationen stattfanden. Wenn man einmal diese Seltenheit der harten Flatschen und dann die häufige Gutartigkeit der typhösen Affektionen bei den Kindern berücksichtigt, so scheint diese Beobachtung die von Louis aufgestellte Hypothese zu bestätigen, dass mit den harten Flatschen eine grössere Gefahr verbunden sei, als mit den weichen.

Ein anderer bemerkenswerther Umstand besteht in der Seltenheit der Veränderung des unter der Schleimhaut befindlichen Zellgewebes. Ein Rückblick auf unsere Beobachtungen zeigt, dass dieses Gewebe fast immer glatt, nicht injizirt und nicht erweicht war. Nach Louis findet im Gegentheil bei den Erwachsenen die Veränderung dieses Gewebes immer statt. Er sagt nämlich: „Wenn die Flatschen auch zahlreiche Verschiedenheiten in Hinsicht der anatomischen Veränderungen des Zellgewebes darbieten, so haben sie doch Das gemeinschaftlich, dass das Zellgewebe in allen Fällen alterirt war, wo ein krankhafter Zustand der Flatschen angetroffen wurde."

Bei dem Widerspruche, in welchem die Resultate unserer Untersuchungen mit denen des Hrn. Louis stehen, erachten wir es für nöthig, die Art und Weise anzugeben, wie wir dieselben erlangt haben. Nachdem wir einen Einschnitt in den Darm gemacht hatten, untersuchten wir jederzeit genau die Fläche dieses Schnittes und die Beschaffenheit der drei Schichten, woraus die Wände der Gedärme bestehen. Dann schabten wir auf einer anderen Stelle die Schleimmembran, welche die Flatschen überzieht und mit dem drüsigen Apparate in dem engsten Zusammenhange steht, behutsam ab; das auf diese Weise entblösste Zellgewebe wurde aufs Neue eingeschnitten und genau untersucht. Bei aller dierer Vorsicht dürfte es fast unmöglich sein, dass uns eine Veränderung des erwähnten Zellgewebes entgangen sein könnte.

Uebrigens finden wir es sehr natürlich, dass das unter der Schleimhaut sitzende Zellgewebe im Beginne der Krankheit keine Strukturveränderungen zeigt. Diese Krankheit beginnt in dem drüsigen Apparate der Schleimhaut, die anatomischen Veränderungen müssen sich also ursprünglich auf diesen Apparat beziehen, und es scheint, dass die oben beschriebene Alteration der Flatschen ihr Entstehen nur der Entzündung dieser Drüsen und der Modifikation ihrer Sekretion verdankt. Wenn man unter dem, unter der Schleimhaut sitzenden Gewebe den drüsigen Apparat versteht, welcher von der Schleimhaut unzertrennlich ist, so geben wir zu, dass dieses Gewebe in den von uns beobachteten Fällen angegriffen war; wenn man aber, mit allen Ana-

tomen, den Namen „submuköses Gewebe" auf das eigenthümliche Gewebe bezieht, welches sich zwischen der Schleimhaut und der faserigen Haut des Gedärmes befindet, so können wir dreist versichern, dass in den von uns beobachteten Fällen dieses Gewebe gänzlich unangetastet geblieben war.

Diese Beobachtungen waren bereits niedergeschrieben, als wir Gelegenheit fanden, durch eine neue Untersuchung ihre Genauigkeit zu bewähren. Diese Untersuchung fand bei einem 11jährigen Knaben statt, welcher am 19ten Tage am typhösen Fieber gestorben war. Die Flatschen waren weich, nicht ulzerirt, und das submuköse Gewebe in ganz normalem Zustande; 6 Fuss vom Coekum zeigten sich die ersten Flatschen, sie waren weiss, blass, fleckig, und das submuköse Gewebe normal. Auf den 4 letzten Fuss des Darms waren alle Flatschen roth, wenig erhaben, eine einzige ausgenommen, welche 2 Zoll von der Klappe entfernt war. Diese letzte Flatsche war $1\frac{1}{2}$ Zoll lang, 1 Zoll breit, ungleich auf der Oberfläche und mit Falten bedeckt, welche man mit einem Messer leicht wegstreichen konnte. Das submuköse Gewebe war weder injizirt, noch verdickt, und das Gewebe der Flatsche selbst war nicht erweicht. Alle übrigen Flatschen waren lebhaft roth, flockig auf der Oberfläche, und die sie überziehende Schleimhaut liess keine Spur von Ulzeration sehen. Sie hatten $\frac{1}{2}$ Linie Dicke, das submuköse Gewebe war sehr dünn und weder injizirt, noch erweicht. Die Drüsen hielten fest an der Schleimhaut und die vielen isolirten Schleimbälge, welche die Flatschen umgaben, waren konisch, hatten die Grösse eines Stecknadelkopfes und enthielten keine gelbe Materie.

Endlich bemerken wir noch, dass die Flatschen bei den Kindern weit später zu ulzeriren anfangen, als bei den Erwachsenen. Chomel hat am 9ten Tage Ulzerationen wahrgenommen, und in den von uns beobachteten Fällen hatten sich am 7ten, 9ten, 10ten, 19ten, 20sten und 21sten Tage noch keine gebildet; denn die leichten Erosionen, welche das am 9ten Tage gestorbene, $4\frac{1}{2}$ Jahre alte Kind sehen liess, kann man doch keineswegs mit dem Namen „Ulzeration" belegen wollen [1]).

---

1) In dem Maihefte von 1841 des *Journal des Connaissances medico-chirurgicales* theilen Rilliet und Barthez vier Fälle mit, in welchen das Nervenfieber während des Lebens aufs Genaueste beobachtet wurde, und wo man nach dem Tode keine Spuren von Ulzerationen in den Peyer'schen Flatschen angetroffen hat. In den zwei ersten dieser Fälle fand man Zeichen der einfachen

Wir wollen jetzt zu den Ulzerationen übergehen und dieselben in Hinsicht ihrer Disposition, ihres Sitzes, ihrer Grösse und ihres Aussehens beschreiben, so wie wir sie in den von uns beobachteten Fällen gefunden haben.

(Fortsetzung im folgenden Hefte.)

Ueber die Bauchfellentzündung der Neugeborenen, von Dr. Thore in Paris [1]).

Trotz der unzweifelhaften Fortschritte, welche die Pathologie der Kindheit seit einigen Jahren gemacht hat, giebt es noch immer eine gewisse Anzahl von Krankheiten, welche noch nicht mit allem dem Interesse studirt worden sind, das sie verdienen; die Bauchfellentzündung gehört dazu, und man muss im hohen Grade sich wundern, dass sie selbst in den neuesten Werken vollständig vernachlässigt ist. Wenn man diese Krankheit in den Schriften der Aerzte des vergangenen Jahrhunderts nicht erwähnt findet, so kann dies nicht überraschen, weil in dieser Zeit die Peritonitis der Erwachsenen kaum bekannt war. Chambon, Rosen haben noch nicht an die Existenz der Bauchfellentzündung bei Kindern gedacht; Underwood scheint die anatomischen Charaktere der genannten Krankheit gekannt zu haben, hat sie aber nicht beschrieben; auch Burns hat sie gekannt, denn da, wo er von Erysipelas spricht und dessen Bedeutung hervorhebt, bemerkt er,

---

Entzündung in der Schleimhaut des Ileums und der dicken Gedärme; in dem dritten Falle fand sich eine weisse Erweichung der Schleimhaut des Magens, der unteren Hälfte der dünnen und im ganzen Verlaufe der dicken Gedärme; in dem letzten Falle hatte nur die Erweichung der Schleimhaut in dem blinden Sacke des Magens statt. In einem dieser Fälle waren die Peyer'schen Platschen zwar etwas angeschwollen, keinesweges aber ulzerirt. Die Beobachter scheinen anzunehmen, dass in diesem Falle der krankhafte Prozess in den Peyer'schen Platschen aufgehalten worden sei; es würde jedoch noch immer schwer zu erklären bleiben, warum die Erscheinungen der Krankheit noch fortdauerten und den Tod verursachten. Diese Fälle beweisen deutlich, dass bei einem typhösen Fieber noch etwas ganz Anderes zu berücksichtigen sein dürfte, als das, was uns die pathologische Anatomie zeigt, und dass die Störung der Funktionen nicht immer in der materiellen Veränderung des Organes ihren Grund findet. Wenn wir die so oft ausgesprochene Hypothese zulassen, dass das Nervenfieber von einer Alteration des Blutes abhängt und dass die Ulseration der Peyer'schen Platschen als Folge davon zu betrachten sei, so wäre leicht zu begreifen, warum in manchen Fällen diese letztere nicht zu Stande kommt, und warum statt ihrer andere Veränderungen in der Schleimhaut der Gedärme angetroffen werden.

1) Aus den *Archives génér. de Médecine, Août* 1846.

dass die übelste Art diejenige ist, welche an der Schaam beginnt und oft tödtlich wird, weil die Bauchfellentzündung zu der Krankheit hinzukomme. Da, wo er von der Hepatitis spricht, nennt er anatomische Veränderungen, die offenbar bei der Bauchfellentzündung genannt werden; „untersucht man, sagt er, die Leichen von Kindern, welche an Hepatitis gestorben sind, so findet man die Oberfläche der Leber, bisweilen nur die gewölbte Fläche derselben, dunkelroth, mit Ausschwitzung weisser Lymphe, welche so aussieht, wie eine Stelle, auf die ein Blasenpflaster längere Zeit gewirkt hat. Die Leber selber ist dabei weder bedeutend angegriffen, noch ihre Substanz verändert" (Burns' Geburtshülfe 4. Buch, Kap. 20). Sonst aber findet man in seinem Werke keine eigentliche Beschreibung der Bauchfellentzündung der Kinder. In der That ist diese Krankheit zum ersten Male von Dugès beschrieben worden. In seiner Dissertation, die man in der That zu wenig benutzt, und die sich über die Krankheiten der Neugeborenen verbreitet, findet man sehr wichtige Betrachtungen über die Peritonitis. Im funfzehnbändigen Wörterbuche der Medizin hat derselbe Autor das, was er in seiner Dissertation gesagt hat, aufgenommen, ohne etwas daran zu ändern; jedenfalls ist er es, dem man das Wenige verdankt, das man über diese Krankheit weiss. — Billard giebt zwar zu, dass die Bauchfellentzündung häufiger ist, als man denkt, berichtet jedoch nur zwei Fälle und zwar sehr kurz. — Die Bauchfellentzündung beim Fötus ist sehr sorgfältig von Hrn. Simpson in Edinburg beschrieben worden, und das ist Alles, was wir darüber besitzen. Seit der Veröffentlichung dieser Arbeiten ist die Wissenschaft fast ganz stationär geblieben. Durchwandert man die seit einigen Jahren erschienenen Werke über Kinderkrankheiten, so wird man finden, dass die meisten der Peritonitis entweder gar nicht Erwähnung thun, oder sich mit einigen, dem erwähnten Autor entnommenen Zeilen begnügen. — Hr. Richard in Nancy scheint die Arbeiten seiner Vorgänger nicht gekannt zu haben, denn er hat noch die Peritonitis mit Hepatitis verwechselt. Die Werke von Maunsell u. Evanson, Berton und Stoeber sind ganz stumm über diesen Punkt. Die HH. Rilliet und Barthez sagen auch nichts über die Bauchfellentzündung der Neugeborenen, und Hr. Barier beschränkt sich darauf, aus der Abhandlung des Hrn. Billard eine Stelle anzuführen. Auch Hr. Valleix gedenkt in seiner Klinik der Neugeborenen der Bauchfellentzündung nicht; in seinem *Guide du Médecin praticien* Bd. 6 spricht er de

Ansicht aus, dass es keinen Anlass gebe, unter dem Namen *Peritonitis infantilis* eine besondere Art aufzustellen, und er fasst seine Ansicht über diese Krankheit folgendermaassen zusammen: „Wir sehen", sagt er, „dass Kinder nur selten die einfache, spontane Peritonitis darbieten, und dass nicht einmal erwiesen ist, es könne sich diese Krankheit bei ihnen einfach unter dem Einflusse nicht traumatischer Ursachen oder in Folge der Kontinuität der Entzündung entwickeln" (S. 429). Endlich hat Hr. Bouchut nicht mehr als zwei Fälle von Bauchfellentzündung bei Neugeborenen gesammelt, und der sehr kurze Artikel, welchen er dieser Krankheit widmet, zeigt gerade, was noch zu thun ist, um diese Krankheit besser kennen zu lernen.

Nach allem dem hier Angeführten möchte es scheinen, dass die Bauchfellentzündung in dieser Lebensepoche sehr selten ist und nur ausnahmsweise vorkommt. Dem ist aber nicht so; im Gegentheil kann man die Krankheit nach Chaussier und Frau Boivin, welche sie in der Maternité beobachtet haben, und nach Simpson, welcher 9 Fälle in einer Zeit von 3 Monaten gesammelt hat, als sehr häufig betrachten. Was mich betrifft, so habe ich während eines einzigen Jahres 63 Fälle unter etwa 1000 Leichen vorgefunden; diese 63 Fälle dienen dieser Arbeit zur Basis. Sie sind im Findlingshause in der Abtheilung des Hrn. Baron, dem ich hier meinen vollen Dank zu sagen habe, vorgekommen.

Ich halte einige Worte für nöthig, um von dem Werthe dieser Beobachtungen eine genaue Idee zu geben, und um den Mangel an Uebereinstimmung, welche man in den numerischen Resultaten dieser Arbeit vielleicht bemerken wird, zu erklären. Bei ihrer Aufnahme in das Findlingshaus werden die Kinder in die sogenannte Krippe, einen sehr grossen Saal, gebracht und bleiben dort so lange, bis sie einer Amme übergeben werden. Werden sie in dieser Zwischenzeit krank, so werden sie in die Krankenabtheilung gesandt, wo man sie mit Sorgfalt untersuchen kann; oft kommt es aber, dass es keine leeren Betten zu ihrer Aufnahme mehr giebt, oder dass sie schnell sterben, bevor man Zeit gehabt hat, sie in die Betten zu bringen. Sie entgehen dann der Krankenbeobachtung, und es bleibt nur die Leichenschau übrig, die niemals unterlassen worden ist. Ich besitze demnach eine Reihe von Fällen, welche nur in anatomisch-pathologischer Hinsicht von Interesse sind, während die übrigen auch in Bezug auf die Symptomenlehre wichtig sich zeigen.

Pathologische Anatomie der Peritonitis.

1) Verdauungsapparat.

Bauchfell; Veränderung der serösen Membran; Röthe. — Man beobachtet die Röthe allemal, wenn die Krankheit nicht von langer Dauer gewesen ist, und sie verschwindet ziemlich schnell; wir haben sie 27 mal angetroffen. Sie zeigte sich immer auf den Darmwindungen; einmal war sie allgemein und nahm die ganze Ausdehnung des Bauchfelles ein. Mit Ausnahme von 5 Fällen war sie in allen übrigen auf einige isolirte Parthieen des Dünndarms beschränkt, und vorzüglich auf die Punkte, wo die Schlingen des Dünndarms mit dem Bauchfelle in Kontakt kamen. Auch fand sich die Röthe an verschiedenen Stellen des äusseren Bauchfellblattes in der Milz- und Lebergegend. In einem Falle von Nabelphlebitis war die Röthe in der Nähe der Leber und in dem ganzen Verlaufe der Nabelvene sehr lebhaft. Bei einer durch eine Hernie herbeigeführten Peritonitis hörte die Röthe plötzlich am Leistenringe auf. Die entzündliche Färbung war immer ein lebhaftes Roth oder ein schönes Rosa, und erschien meistens in Form äusserst feiner Punkte oder netzförmig, gleichsam geadert; einmal erschien sie in parallelen und einander sehr genäherten Linien. Da, wo die Schlingen des Dünndarms mit dem Bauchfelle in Kontakt kamen, zeigte sich die Röthe in Form von ovalen oder runden Scheiben oder Flatschen. In 16 Fällen bestand die Röthe allein und ohne andere anatomische Veränderungen; in anderen Fällen zu gleicher Zeit mit weichen (5), gelblichen (4), dicken und zahlreichen (2) Pseudomembranen.

Krankhafte Sekretion. Fast beständig trifft man in der Höhle des Bauchfelles flüssige Erzeugnisse von verschiedener Natur und verschiedenem Aussehen; wir haben nur 7 mal diese Absonderung nicht gefunden. In anderen Fällen fand sich ein blutiges Serum (9) mit Pseudomembranen (2), oder auch wohl ein eiteriges Serum (7), in welchem zahlreiche fibrinöse Flocken schwammen; ein einziges Mal war das Serum klar und von gelblicher Farbe. Niemals sahen wir eine grüngelbliche, dicke, rahmartige, einem wahren phlegmonösen Eiter gleichende Flüssigkeit, wie man sie wohl bei älteren Kindern angetroffen zu haben behauptet. Gewöhnlich findet man die Flüssigkeit in den abhängigen Theilen, in dem Zwischenraume zwischen den Darmwindungen, in den Darmbeingruben, ziemlich selten in der Höhle des kleinen Beckens angesammelt; die Menge der Flüssigkeit variirt zwischen 30 und 180 Grammen; meistens betrug sie 180 Grammen.

Gewöhnlich bewirkte sie keine Ausdehnung der Bauchwände und stürzte keinesweges beim Einschnitte in die Leiche mit Schnelligkeit hervor.

Pseudomembranen. Bei der beginnenden Bauchfellentzündung findet man, bevor sich falsche Membranen bilden, an verschiedenen Stellen eine äusserst zähe, schmutzig-weisse Flüssigkeit, welche dem Quittenschleim gleicht. Durch diese Flüssigkeit fühlt sich die seröse Membran schlüpfrig an, und das Sekret zieht sich in lange Fäden, wenn man versucht, es von den verschiedenen Theilen zu trennen, auf denen es abgelagert ist; bisweilen ist das Sekret auch dick genug, um schon feste Adhäsionen in der ersten Entwickelungsperiode darzustellen. Man trifft dieses Sekret vorzugsweise zwischen den Windungen des Dünndarms und ziemlich oft auch verbindet es die Leber und Milz mit dem Bauchfellüberzuge. Diesen Zustand des Bauchfelles haben wir nur 7 mal isolirt gefunden; 5 mal fand man zu gleicher Zeit weiche, aber schon ausgebildete Pseudomembranen.

In schon höherem Grade hat sich die Peritonitis durch dünne und nicht sehr konsistente Pseudomembranen, welche ein dünnes, leicht zerstörbares Häutchen bildeten, charakterisirt; die Farbe ist gelblich-weiss, bisweilen auch ganz gelb, wie die später eintretenden Sekrete. In allen übrigen Fällen waren die Pseudomembranen ganz gelb gefärbt, schwammen flockenartig in der ergossenen Flüssigkeit, bildeten eine kompakte, bisweilen allgemeine Schicht, welche die Haupteingeweide umgab und um sie eine Art Hülle bildete; diese Sekrete erstreckten sich über die ganze Gedärmmasse, bedeckten deren Windungen und füllten die Zwischenräume zwischen ihnen, so dass Alles im ganzen Unterleibe unter einander verklebt war. Die Dicke der Pseudomembranen variirte zwischen $\frac{1}{2}$ und 2 Millimeter, aber sie wird oft viel beträchtlicher; sie bildet eine dicke Masse, in der die Gedärme gleichsam eingenistet sind. An der hohlen Fläche der Leber sieht man sehr deutliche fingerförmige Eindrücke von den Darmschlingen, die gegen die genannte Fläche sich anlagern. Diese fingerförmigen Eindrücke sind mehrmals bemerkt worden; sie haben etwas durchaus Spezifisches; da, wo sie aufhören, sind sie so dicht, dass sie wie eine skirrhöse, schwartige Masse erscheinen, selbst wenn die Peritonitis nur kurze Zeit gedauert hat.

Fall. S., ein Knabe, 13 Tage alt, stirbt am 18. April 1842 im Empfangssaale, ohne vorher beobachtet worden zu sein. Man sieht am Bauche Spuren von Erysipelas. Die Wangen und die Umgebung des

Mundes haben eine gelbe Färbung, offenbar die Folge von ranzigem Erbrechen, das während des Lebens stattgefunden hat. Bei der Leichenschau findet man im Bauche vier Löffel gelblich-röthlichen, nicht klaren Serums. Auf der äusseren Fläche der Leber findet man eine Schicht gelblicher Pseudomembranen; ihre Dicke ist viel grösser an der hohlen Fläche dieses Organs, und sie bilden an dieser Stelle eine sehr kompakte Schicht, in welcher die Darmschlingen mehrere sehr tiefe, handschuhfingerartige Eindrücke hinterlassen haben. Einige Pseudomembranen findet man auf der Milz; es finden sich keine auf den Gedärmen, die auch nicht verwachsen sind; da, wo die Gedärme sich berühren, sieht man einige feine Röthen; sie sind sehr von Gas ausgedehnt. Die Nabelvene ist gesund; man findet nur noch etwas Entzündung am unteren Drittel der Lunge, und ausserdem einen grossen gelblichen Blutklumpen im rechten Herzohre. Das Erysipelas nimmt die ganze Wand des Bauches ein, und erhebt sich bis zur Höhe des Nabels. Das subkutane Zellgewebe ist in der Nähe der Schaam am unteren Theile des Bauches von Serum infiltrirt. Hodensack und Penis sind ebenfalls infiltrirt. Ueber die Krankheit des Kindes selber haben wir nur sehr wenig Notizen zu sammeln vermocht. Es hat sich seit seiner Geburt niemals recht wohl befunden, war immer schwächlich und fast stets schlummersüchtig. Erst 12—14 Stunden vor dem Tode hat sich das Erysipelas oberhalb der Schaam entwickelt, und sich von da schnell über den ganzen Bauch ausgedehnt. Kurz vor dem Tode wurde der Bauch von Luft aufgetrieben, und es trat ein ranziges Erbrechen ein.

Fall. Van, eine Knabe, 16 Tage alt, kam ins Hospital am 15. Dezember 1842, hatte ein sehr bedeutendes Sklerem der Beine und ein Erysipelas, das sich auf den Bauch, den Rücken und den oberen Theil der Schenkel erstreckte; er starb am folgenden Morgen, ohne dass andere Symptome angemerkt werden konnten. Die Leiche zeigte noch die Spuren des Erysipelas; an den Beinen war das subkutane Zellgewebe von einem gelblichen und sehr reichlichen Serum infiltrirt und ausgedehnt; die Fettschicht unter der Haut ist weisslich, sehr kompakt, und man konnte nur wenige Tropfen Blut ausdrücken. Die Lungen und das Herz zeigten nichts Besonderes. Auf der konkaven Fläche der Leber fanden sich sehr dicke, gelbliche, falsche Membranen in grosser Menge; sie bildeten eine Schicht, auf die mehrere angewachsene Darmschlingen tiefe, fingerförmige Eindrücke gemacht haben. Auch auf der Milz und den Dünndärmen findet man falsche Membranen; diese Organe sind alle in eine einzige, fest an einander hängende Masse verbunden. Die Nabelvene ist von einer dicken, pseudomembranösen Schicht umgeben, scheint aber sonst gesund zu sein.

Wenn sich Pseudomembranen gebildet haben, sind sie keineswegs über alle Baucheingeweide gleichförmig verbreitet. Auf einigen derselben pflegen sie sich besonders anzuhäufen, namentlich geschieht dieses in der Gegend des Zwerchfells und um die Nabelgegend herum. Selten sieht man sie auf das äussere Blatt des Bauchfells beschränkt, aber beständig finden sie sich auf Leber und Milz. Auf diesen beiden Organen zugleich fanden sie sich 19 mal, auf der Milz allein 10 mal, auf

der Leber allein 7mal, auf Leber, Milz und Gedärmen zugleich 11mal, endlich auf den Gedärmen allein 3mal. Diese besondere Tendenz der falschen Membranen, auf Leber und Milz sich abzulagern, ist so bedeutend, dass, wenn man hier solche Ablagerungen nicht findet, man auch fast immer schliessen kann, dass sie nirgends anders vorhanden sind, obwohl es in dieser Beziehung einige, jedoch seltene Ausnahmen giebt. Aeusserst selten sieht man sie auf das Parietalbauchfell beschränkt. Ein einziges Mal bedeckte eine Pseudomembran die ganze Lebergegend des Parietalbauchfelles, während die konvexe Fläche der Leber keine Spur davon zeigte. Diese Disposition der pseudomembranösen Produkte ist etwas, das der bei Neugeborenen beobachteten Peritonitis spezifisch zukommt, und wir haben deshalb geglaubt, eine längere Zeit dabei verweilen zu müssen. Es erklärt sich diese pseudomembranöse Ablagerung übrigens sehr gut, wenn man die Umstände bedenkt, die in den ersten 8 — 14 Tagen des Lebens zusammentreffen, nämlich einmal die Ablösungsthätigkeit des Nabelstranges, die damit oft verbundene Entzündung, und besonders noch die Kontinuität, welche zu dieser Zeit des Lebens in gewissem Grade noch zwischen Kutis und seröser Membran des Bauches vorhanden ist. Man begreift auch, warum die falschen Membranen sich vorzugsweise auf fast feststehenden Organen, deren Vertiefungen und Einschnitte solche Anheftungspunkte darbieten, sich ansammeln, während im Gegentheile sie schon sehr reichlich vorhanden sein müssen, um sich auf Magen und Darmkanal zu fixiren, deren Beweglichkeit ihre Ablagerung nur wenig begünstigt.

Der sehr schnelle Verlauf der Peritonitis gestattet den falschen Membranen nicht, so weit sich zu organisiren, dass sie Adhäsionen bilden. In einer grossen Anzahl von Leichen haben wir jedoch gefunden, dass die Milz auf sehr innige Weise mit der entsprechenden Wand des Bauchfells zusammenhing. Einmal haben wir bei einem 13 Monat alten Kinde, welches an Lungenentzündung gestorben war, gefunden, dass die äussere Fläche des rechten Leberlappens am äusseren Bauchfellblatte so fest ansass, dass dieses zerriss, als man das genannte Organ fortnehmen wollte. Auch bei einem kurze Zeit nach der Geburt gestorbenen Kinde haben wir Adhäsionen der Milz und der Leber an der Bauchwand beobachtet; ja zwischen den Darmwindungen fanden wir sehr innige Adhäsionen und zugleich eine Verengerung des ganzen Darms, welche offenbar eine Folge einer Peritonitis war.

Mund- und Speiseröhre. Neun Kinder hatten an Soor ge-

litten; davon zeigten zwei keine Spur mehr nach dem Tode; bei den sieben andern war der Soor auf die Mundhöhle beschränkt (4) und nahm die Zunge und die innere Fläche der Wangen bis zur Gaumenhöhle ein, oder verbreitete sich wohl bis zur Speiseröhre (3), deren Schleimhaut bläulichroth war.

Magen. Gewöhnlich von Gas ausgedehnt, wodurch er einen beträchtlichen Umfang erlangte, bisweilen fast leer, bisweilen aber eine sehr variable Menge einer gelblichen oder grünen Flüssigkeit enthaltend. Die Mundschleimhaut rosig und fest (6), fein punktirt, lebhaft roth, ohne Verminderung ihrer Konsistenz (7), oder zu gleicher Zeit erweicht (4); zweimal fanden sich bläuliche runde Ekchymosen, welche der inneren Fläche des Magens ein getirgertes Ansehen gaben; sie waren graulich und erweicht in zwei Fällen. Endlich fand man auch eine fast allgemeine gallertartige Erweichung mit Perforation derselben.

Darm. Die Darmschleimhaut war gewöhnlich bleich und von ziemlich guter Konsistenz; sie hatte eine gleichartige rosige Farbe (4), öfters aber auch zeigte sie eine sehr deutliche Injektion (3). Nicht selten findet man in einer grossen Parthie des Dünndarms, und besonders gegen das Ende desselben, die Drüschen in Form vieler blasser Scheibchen oder Flatschen über die umgebende Schleimhaut erhoben; die Oberfläche dieser Flatschen war glatt und eben, und man unterschied sie mit grosser Leichtigkeit; zweimal waren sie der Sitz einer sehr lebhaften Injektion. Ueber den Dickdarm haben wir nichts zu bemerken, nur dass in 5 Fällen die isolirten Drüsen sehr hervorspringend und bleich gefunden wurden.

Leber, Milz und Nieren. Die Leber fand sich dreimal sehr kongestiv, dunkelroth, und beim Durchschnitt floss eine sehr beträchtliche Menge Blut aus; zweimal war sie so wie Milz und Nieren vollkommen erweicht. Diese letzteren Organe waren sehr lebhaft injizirt und sehr roth in 2 Fällen; in 4 anderen waren die Kegel der Nieren mit einer gelblichen Materie, die auch in den Nierenkelchen und im Nierenbecken vorhanden war, angefüllt. In vielen anderen Fällen zeigten weder Nieren noch Blase etwas Krankhaftes.

Nierenkapseln. Einmal fanden wir sie sehr gross und dunkelroth; beim Durchschnitt floss eine grosse Menge bräunlicher Flüssigkeit aus; die Nieren waren normal. In einem anderen Falle waren die Nebennieren sehr gross, erweicht, und ihre Höhle war mit einer Art blutiger Materie angefüllt. Besonders war die linke Nebenniere sehr vergrössert; sie war $2\frac{1}{2}$ Centimeter hoch und $1\frac{1}{2}$ Centimeter breit

Ehe man in sie einschnitt, konnte man leicht erkennen, dass sie von einer grossen Menge Flüssigkeit ausgedehnt war; ihre Hülle war dünn und gelblich, und das umgebende Zellgewebe war von einem gallertartigen Serum infiltrirt. In einem dritten Falle fanden wir eine Nebenniere so eigenthümlich verändert, dass wir schliessen durften, von ihr sei die Entzündung des Bauchfelles ausgegangen; wir werden auf diesen Fall noch zurückkommen.

2) Athmungsapparat.

Bronchien zeigen nichts Besonderes.

Lungen und Pleura. Beinahe ¼ der Fälle zeigte eine mehr oder minder ausgedehnte Entzündung der Lungen und Pleura; einmal betraf sie beide Lungen; in den andern Fällen war sie auf den oberen rechten Lappen oder auf die hintere Hälfte der Lunge beschränkt (2); sie nahm das hintere Viertel der ganzen rechten Lunge ein (2), den ganzen rechten unteren Lappen (1) und den ganzen linken unteren Lappen (1). — Was die Pleuritis betrifft, so ist sie fast eben so häufig gewesen als die Pneumonie; einmal begleitete sie eine doppelte Pneumonie, einmal eine linke Pneumonie, 7mal war sie ohne alle Spur einer Entzündung des Lungenparenchyms vorhanden.

Die Häufigkeit der Pleuritis bei kleinen Kindern verdient, dass wir uns einen Augenblick dabei aufhalten. Hr. Valleix betrachtet sie als sehr selten, und hat sie niemals ohne gleichzeitige Entzündung der Lunge angetroffen. Billard erzählt nur 2 Fälle und Bouchut auch nur 2 Fälle von primärer Pleuritis; ausserdem trafen nur unter 23 Fällen von sekundärer Pleuritis 8 mit einer theils akuten, theils tuberkulösen Pneumonie zusammen. Hr. Baron hat bei Kindern in einem Alter von 1 Tag bis 2 Jahren gefunden, dass die Pleuresieen im Verhältniss von 1 zu 16 vorkommen; in 3392 Leichen hat er 205mal deutliche Pleuritis, und 79mal pleuritische, wahrscheinlich nicht entzündliche Veränderungen angetroffen. Im Verhältniss zu diesen Resultaten ist offenbar die grosse Anzahl von Pleuritis, die wir angetroffen, sehr bedeutend; es ist sehr bemerkenswerth, dass die Fälle von isolirter Entzündung der Pleura bei Kindern angetroffen wurden, die an Peritonitis litten, und es ist wahrscheinlich, dass unter demselben Einflusse beide Krankheiten sich zugleich entwickelt hatten.

3) Zirkulationsapparat.

In einem Falle war Perikarditis zugleich mit Peritonitis vorhanden. In dieser Verbindung sowohl als auch in diesem frühzeitigen Alter ist Perikarditis sehr selten, und wir wollen daher einen Fall mit-

theilen, welcher dadurch merkwürdig ist, dass er eine Entzündung
Bauchfells, der Pleuren und des Herzbeutels zugleich darbietet.

Fall. Ein Mädchen, das am 25. Juli 1842 geboren w
starb am 7. August, nachdem es eben nach der Anstalt gebracht
den war. In der Leiche fand man gelbliche und dicke Pseud
branen auf der konvexen Fläche der Leber, und eine dadurch be
Adhäsion derselben an das Zwerchfell. Eine beträchtliche Ergi
in die Bauchhöhle fand nicht statt; etwas gelbliches Serum,
einige gelbe Flocken schwammen, ferner beginnende Adhäsionen
schen den Gedärmen, war dasjenige, was man in der Bauchhöhle
fand. — Daneben eine doppelte Pleuritis; in der rechten Pleura
dünne pseudomembranöse Schicht über die ganze hintere Parthie
Lunge ausgebreitet, zu gleicher Zeit eine Ergiessung von serös-
ger Flüssigkeit, in der pseudomembranöse Flocken schwammen. L
war die Entzündung weniger vorgeschritten und nur in der Zw
fellportion der Pleura vorhanden. In beiden Lungen fanden sich
ersten Andeutungen einer *Pneumonia lobularis.* Die Bronchien
leer und ihre Schleimhaut ist blass. Ausserdem fanden wir, was
sonst nie angetroffen haben, eine Perikarditis. Das äussere Blatt
Herzbeutels war der Sitz einer sehr lebhaften Injektion. An ein
Punkten sah man Ekchymosen, und es fanden sich darauf gelb
falsche Membranen inselförmig, linsengross und von bedeutender R
umgeben. Auch auf dem Herzen befanden sich zahlreiche und
kirte Ekchymosen, und zwar mehr an der Basis des Herzens als
der Spitze desselben. Feine, weiche, gelbliche, leicht abzulösende Ps
domembranen waren auf dem Herzen, am hinteren Theile der He
ohren und der Herzhöhlen vorhanden. Die anderen Organe zeig
nichts Abnormes.

Wir haben nichts weiter über das Herz und die grossen Gefä
stämme zu bemerken; nur der *Phlebitis umbilicalis* müssen wir g
denken; wir haben sie 5mal beobachtet. In allen 5 Fällen fand
wir in den Höhlen der Nabelvene eine Mischung von Blut und E
und Pseudomembranen. Einige Fälle dieser Art müssen wir hier m
theilen.

Fall. B., ein Knabe, 4 Tage alt, wurde am 10. Juni 184
das Hospital des Findlingshauses gebracht. Der Bauch ist sehr
spannt, schmerzhaft beim Druck; der Nabelstrang ist trocken und
sitzend, die Zunge ist trocken, die ganze Mundschleimhaut ist lebh
roth. Auf den Wangen im Munde findet man einen gelblichen Be
der von einem galligen Erbrechen herzurühren scheint; matter T
beim Anschlag an die rechte Brusthälfte; Athmungsgeräusch verm
dert; die Haut sehr heiss; der Puls 144; Dyspnoe sehr intensiv; k
Husten (2 Blutegel auf den Bauch). — Am 11. Juni Puls 144; H
brennend und lebhaft geröthet. Bauch immer gespannt und schmer
haft; Dyspnoe sehr bedeutend; matter Ton an der rechten Brustsei
sich erstreckend vom hinteren Theil bis zur Mitte der Achselgru
Die Respiration stossend; Athmungsgeräusch an der rechten Seite g
schwächt; die Zunge roth, die Lippen mit zähem Schleim bedeck

kein Erbrechen, dagegen eine sehr häufige Diarrhoe (Kataplasmen auf den Bauch, Bäder, erweichende Klystiere). — Am 12ten einige gelbliche Ausleerungen; Fieber sehr heftig; die Haut brennend heiss; Puls 164, ziemlich resistent (2 Blutegel am After). — Am 13. Ausleerungen sparsamer, Bauch immer noch gespannt, an der rechten Brustseite matter Ton; knisterndes Rasseln mit einigem Blasengeräusche; links ist die Athmung normal. (Merkurialeinreibungen auf den Bauch.) — Am 14ten Puls 144; Athmung sehr beschleunigt, 40 in der Minute; Husten selten; matter Ton rechts immer deutlicher, Athmungsgeräusch rechts gar nicht mehr hörbar, links mit einigem krepitirenden Rasseln begleitet; der Bauch ist sehr gespannt, Darmausleerungen bräunlich und halb flüssig; die ganze Mundschleimhaut ist lebhaft roth. (Merkurialeinreibungen auf den Bauch.) — Am 15. stirbt das Kind.

Leichenschau. Es findet sich eine Pleuro-Pneumonie in der rechten Seite; die Rippenpleura ist hier injizirt, sehr roth, aber ohne Adhäsion und ohne Ergiessung. In der Lungenpleura findet sich nach hinten zu eine von einer feinen und gelben Pseudomembran gebildete Schicht, die fetzenweise abgenommen werden konnte. Hepatisation im hinteren Drittel des oberen Lappens und am unteren Lappen der rechten Lunge. Links ist die Pleura bloss indizirt, aber ohne Pseudomembranen, und die Lunge ist der Sitz einer Kongestion. — Im Bauche findet sich zuerst eine sehr dicke und sehr dichte Schicht um die Nabelvene und auf der hohlen Fläche der Leber; auf der konvexen Fläche derselben ist diese Schicht nicht so dick. Im Bauchfell finden sich 3 Löffel eitrigen Serums, mit häutigen Flocken gemischt; sämmtliche Gedärme sind durch dicke, widerstrebende, gelbliche Membranen in eine einzige Masse verwandelt, und an den Stellen, wo die Gedärme mit ihnen zusammenstossen, sind diese geröthet. Die Nabelvene ist sehr entwickelt und gross; sie ist mit einem schwarzen und festansitzenden Blutklumpen gefüllt, der mit Mühe abgelöst wird; sonst zeigt die Vene weder Injektion noch Erweichung. Die Nabelarterien sind mit schwärzlichen Klumpen angefüllt. Ausser einigen gerötheten Stellen im Magen und im Dünndarm ist sonst nichts Abnormes zu bemerken.

Die nächstfolgenden 3 Fälle zeigen auch eine exsudative Peritonitis mit Phlebitis und auch *Arteriitis umbilicalis.*

(Fortsetzung im nächsten Hefte.)

II. *Analysen und Kritiken.*

Ueber die Natur, die Ursachen und die Behandlung der Skropheln.

(*Scrofula; its nature, its causes, its prevalence and the principles of treatment, by* ***Benjamin Philipps****, Surg. to the Westminster Hospital. London 18,* 8. 379 S.)

(Fortsetzung, s. voriges Heft S. 288.)

Ursachen der Skropheln. Was wissen wir hierüber? Ist al- Studiums und aller Anstrengungen ungeachtet unsere Kenntniss zu den Ursachen der Skropheln nicht überaus gering? Was wir wissen ist sehr unbedeutend, ja fast Nichts zu nennen, wenn wir nur auf ge- gemachte Thatsachen einen Werth setzen. Was ist nicht Alles als Ursache der Skropheln betrachtet worden: Erblichkeit, schlechte Luft, zu viel pflanzliche und nach Andern wieder zu viel thierische Nahrung, Verweichlichung, unzureichende Bekleidung und Wärme, Mangel an Reinlichkeit, Einfluss syphilitischer Dyskrasie Seitens der Zeugenden u. s. w. Was ist aber hiervon wahr? Der Verf. bemüht sich die Wahrheit zu ermitteln; inwiefern es ihm gelungen ist, werden wir sogleich sehen.

1) Erblichkeit. Es kann diese im doppelten Sinne verstanden werden, einmal, dass wirklich eine Krankheit, die der Vater oder die Mutter in sich trägt, auch in ihrem Kinde sich zeigt, und dann, dass das Kind mit einer Krankheit geboren wird, an welcher die Eltern nicht leiden. Um dieses deutlich zu machen, werde man in Bezug auf Skropheln etwa folgendermaassen sagen: 1) Das Kind ist skrophulös, weil die Eltern skrophulös sind, und 2) das Kind ist skrophulös, nicht weil die Eltern skrophulös sind, sondern weil Vater oder Mutter oder beide kränklich oder schwächlich sind und gesunde Kinder nicht zeugen können. Es ist sehr schwer, über die Erblichkeit der Skropheln eine bestimmte Auskunft zu erlangen; die verschiedensten Ansichten sind darüber ausgesprochen worden. Lugol spricht sich entschieden für die Erblichkeit der Skropheln aus; ja er geht so weit, zu behaupten, dass selbst, wenn die Eltern auch zu der Zeit, als sie das gleich nach der Geburt oder späterhin sich skrophulös erweisende Kind zeugten, nicht skrophulös waren, der Vater oder die Mutter oder beide es doch vorher gewesen sein müssen, oder dass vom Grossvater, von der Grossmutter oder vom Oheim oder Base die Skrophelsucht herrühre;

kurz, dass in der Familie, in der skrophulöse Kinder geboren werden, die Skrophulosis herrschend sei. Viele andere Autoren bestreiten dieses; sie behaupten, dass, wenn auch von kränklichen Eltern skrophulöse Kinder gezeugt werden, meistens doch die Skrophulosis erst später durch feindliche äussere Einflüsse im Kinde entwickelt werde. Wie ist hier Gewissheit zu erlangen?

„Die Mittel", sagt unser Autor, „deren ich mich bedient habe, um genaue Data zu erlangen, sind folgende. Ich untersuchte theils persönlich, theils durch Hülfe Anderer in London und in den Fabrik- und Ackerbau-Distrikten Englands an 2000 Familien, von denen jede etwa 3 — 5 Kinder zählte, und die alle ziemlich in gleichen äusseren Umständen sich befanden. In einer gewissen Anzahl dieser Familien waren Vater und Mutter, so weit ermittelt werden konnte, von Skropheln vollkommen frei; in einer andern Anzahl waren Gründe vorhanden, Vater und Mutter, in wieder andern Fällen nur den Vater oder nur die Mutter für skrophulös zu halten. Die Gesammtzahl der untersuchten Familien betrug 2023; diese Familien hatten 7587 Kinder; davon waren als skrophulös zu betrachten 1738 oder beinahe 23 pCt. — Von 506 in den verschiedensten Lokalitäten und unter sehr verschiedenen Umständen lebenden Familien waren Vater und Mutter, so weit sich ermitteln liess, von Skropheln vollkommen frei; die Zahl der Kinder dieser Familien betrug 2021; von diesen waren 421 oder etwas weniger als 21 pCt. mit Skropheln behaftet. Von 276 Familien waren Vater und Mutter für skrophulös zu halten; diese hatten 1092 Kinder, von denen 271 oder beinahe 25 pCt. skrophulös waren. Von 589 Familien war nur der Vater skrophulös gewesen oder noch skrophulös, die Mutter aber gesund; diese 589 Familien hatten 2107 Kinder, von denen 483 oder fast 23 pCt. die Zeichen der Skrophulosis darboten. Endlich boten von 652 Familien nur die Mütter die Zeichen der Skropheln dar, die Väter aber waren gesund; die Zahl der Kinder dieser 652 Familien betrug 2367, von denen 563 oder beinahe 23 pCt. die Merkmale der Skrophulosis darboten."

Eine Uebersicht, die wir daraus entnehmen, wird die Sache noch deutlicher machen.

Zahl der Familien.	Zeichen von Skropheln darbietend.	Gesammtzahl der Kinder.	Darunter waren mit Skropheln behaftet.	
506	Vater und Mutter nicht skrophulös.	2021	421 Kinder	21 pCt.
276	Vater und Mutter skrophulös.	1092	271 -	25 -
589	Vater skrophulös; Mutter gesund.	2107	483 -	23 -
652	Mutter skrophulös; Vater gesund.	2367	563 -	24 -
2023	Vater und Mutter skrophulös oder gesund.	7587	1738 Kinder	23 pCt.

Zu bemerken ist hierbei, dass der Verf. nur solche Familien zum Gegenstande der Untersuchung genommen hat, welche wenigstens 3 und höchstens 5 Kinder hatten. Was er unter Erscheinungen, Zeichen oder Merkmalen der Skrophulosis versteht, ist schon angegeben worden. — Hat sich der Verf. bei diesen Untersuchungen nicht täuschen lassen, so würde daraus hervorgehen, dass die Skrophulosis der Eltern, wenn sie nicht zu bedeutend ist, nur sehr wenig Einfluss auf die Erzeugung dieser Krankheit bei den Kindern hat; denn nur eine sehr geringe Schwankung ist im Prozentsatze zu bemerken. Das Ergebniss wäre ein sehr interessantes, wenn der Verf. näher angegeben hätte, in welchem Grade von Skrophulosis die Eltern sich befanden, als sie, die hier als skrophulös bezeichnet werden, die Kinder zeugten; ob die Skrophulosis schon vorüber war und nur noch Spuren sich vorfanden, oder ob die Krankheit bei ihnen noch deutlich vorhanden war; es muss dieses doch wohl von grossem Gewichte bei der Frage von der Erblichkeit sein.

2) Prädisposition. Darunter wird verstanden, dass gewisse Kinder, wenn auch nicht mit wirklichen Skropheln geboren, doch mit einer vorherrschenden Neigung dazu zur Welt kommen, so dass sie unter gleichen Umständen eher die Skrophelsucht bekommen, als Kinder, die diese Disposition nicht haben. Der Verf. scheint geneigt, eine solche ganz besondere Anlage zur genannten Krankheit auch anzunehmen, obwohl er nicht angeben kann, worin diese Disposition eigentlich besteht.

3) Gesundheitszustand der Eltern überhaupt. Kann irgend eine andere Krankheit, irgend eine andere Dyskrasie im Vater, in der Mutter oder in Beiden Skrophulosis in ihren Kindern hervorrufen? Sir J. Clark sagt in seinem Werke über Lungensucht, dass die sogen. Tuberkelkachexie der Erzeuger nicht die einzige Krankheit ist, welche den Kindern die Prädisposition zur Tuberkelsucht erzeugt; es giebt noch verschiedene andere Krankheiten, welche auch diese Wirkung haben; die wichtigsten davon sind fehlerhafte Digestion, Gicht, Hautkrankheiten, Merkurialdyskrasie, Schwäche in Folge von Krankheiten u. s. w. Kurz jeder kränkliche Zustand in den Eltern, der so weit gediehen ist, dass er bis zur Kachexie sich steigert, kann im Kinde eine skrophulöse Konstitution hervorrufen. — Nach einigen Bemerkungen gegen diese Behauptung kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Ein schwächliches Kind hat allerdings mehr Prädisposition zu Tuberkeln und Skropheln, als ein gesundes, obwohl es nicht nothwen-

digerweise Tuberkeln oder Skropheln bekommen muss; 2) schwächliche Kinder sind weit häufiger die Sprösslinge kränklicher, schwächlicher Eltern, als gesunde; 3) genau vermögen wir aber nicht anzugeben, von welcher Art die Kränklichkeit oder Schwächlichkeit in den Eltern sein müsse, um in den Kindern die Prädisposition zu Tuberkeln oder Skropheln zu erzeugen.

Ist Syphilis der Eltern im Stande, Skropheln in dem von ihnen gezeugten Kinde hervorzurufen? Viele haben die Skropheln nur für einen degenerirten Abkömmling der Syphilis gehalten. Astruc, Bierchen, Camper, Stoll, Portal, Hufeland, Alibert sind dieser Ansicht zugethan, Cullen, Kortum, Baumes, Baudelocque sind dagegen. Letztern schliesst der Verf. sich an, obwohl seine Gründe nicht so besonders beweisend hervortreten. Er erklärt die Syphilis und die Skropheln für zwei von einander ganz unabhängige Krankheiten; denn a) jede dieser beiden Krankheiten hat ihre besonderen Charaktere für sich; b) wo die Syphilis selten ist, da sind die Skropheln häufig; c) die Syphilis ergreift alle Lebensalter, die Skropheln zeigen sich nur in einem bestimmten Alter; d) die von syphilitischen Eltern auf das Kind übertragene Dyskrasie zeigt sich als angeborene Syphilis bald oder gleich nach der Geburt, die Skropheln erscheinen dagegen selten vor dem 2ten oder 3ten Jahre; e) die Syphilis, mag sie ererbt oder erlangt sein, wird niemals von selber geheilt, während die Skropheln bekanntlich bei Annäherung der Pubertät oft von selber verschwinden; f) die Syphilis wird gewöhnlich durch Merkur beseitigt, während dieses Mittel gegen die Skropheln nichts hilft.

4) Schwängerung während der Menstruation. Lepelletier und Lalouette hielten dafür, dass die durch solche Schwängerung erzeugten Kinder skrophulös werden. Der Verf. glaubt nicht nöthig zu haben, gegen diese absurde Annahme noch ein Wort zu sprechen.

5) Alter des Vaters und der Mutter. Einige Autoren meinten, dass, wenn der Vater oder die Mutter noch sehr jung sind, oder wenn der Vater schon das Greisenalter erreicht hat, die Zeugung schwächliche, skrophulöse Kinder liefert. Der Verf. sagt, er wolle nicht leugnen, dass von nicht sehr kräftigen Eltern schwächliche Kinder gezeugt werden; aber es sei damit noch nicht bewiesen, dass, weil die Kinder schwächlich sind, sie skrophulös sein müssen, obwohl allerdings, wie schon gesagt, schwächliche Kinder weit eher unter gewissen Umständen von Skropheln befallen werden, als andere.

6) **Stete Verwandtenheirath einer beschränkten Zahl von Familien unter sich** (*Intermarriage*). So wie bei Thieren der Erfahrung zufolge die Rasse sich verschlechtert, sofern nicht bisweilen, wie man sich auszudrücken pflegt, frisches Blut durch Männchen oder Weibchen aus anderen Rassen herbeigeführt wird, so ist es nach Carmichael auch beim Menschen. Häufige Verwandtenheirath, mehrere Generationen hindurch fortgeführt, giebt zuletzt eine elende und, nach Carmichael, durchaus skrophulöse Rasse; es zeige sich dieses ganz deutlich in manchen hohen Adelsgeschlechtern, besonders in den Familien der regierenden Häuser in Europa. Gegen diese Ansicht von Carmichael führt der Verf. die Bewohner kleiner, ärmlicher Inseln an, auf denen die Menschen sich fast immer unter sich zu verheirathen pflegen, z. B. die Insel Man, *Portland* und die Kanalinseln; ausser diesen aber auch die Quäker, die schon seit einer ziemlichen Reihe von Jahren sich nur unter sich verheirathen; eben so führt er die Juden an, die schon seit sehr vielen Jahrhunderten sich nur unter sich verheirathen. Alle diese, ja selbst die Familien der gekrönten Häupter, wo wahrlich auch die Skropheln verhältnissmässig nicht häufiger sind, als in anderen Familien, beweisen, dass die Behauptung Carmichael's aller Begründung entbehrt.

7) **Milch einer skrophulösen Amme.** Kann die Milch einer skrophulösen Amme ein sonst gesundes Kind skrophulös machen? Hunter, Faure und Andere verneinten diese Frage aus theoretischen Gründen. Da aber Syphilis durch das Säugegeschäft übertragen wird, so ist es auch mit den Skropheln vielleicht der Fall, und die Frage verdient wohl überlegt zu werden, zumal da in neueren Zeiten dieselbe, und zwar auf gar nicht ungeschickte Weise durch Hrn. Klencke (die Kuhmilch als Ursache der Skrophulosis) angeregt worden ist. Uebrigens scheint Baumes auch der Ansicht gewesen zu sein; der Verf. führt auch einen Hrn. Madier an, der behauptet, dass in Bourg St.-Adeol Skropheln nur darum oft vorkommen, weil sehr oft aus den Bergen des Vivarrais und der Dauphiné Frauenzimmer als Säugammen in Dienst genommen werden. Borden ist auch für die Ansicht, dass Skrophulosis durch Ammen übertragen werden kann; Faure, Lalouette und Pujol sind dagegen. — Wo ist hier eine Basis zu finden? Offenbar in der Untersuchung der Milch. Dupuy (*Rech. sur les malad. tuberculeuses*) hat gezeigt, dass die Milch einer tuberkulösen Kuh eine grössere Menge Kalkphosphat enthält, als die Milch einer gesunden Kuh. Ist aber von der Milch einer tuberkulösen

Kuh ein Schluss auf die Milch einer skrophulösen Frau zu ziehen? Meggenhofen's Analyse der Milch von 2 Frauen (Zeitschrift für Physiologie, III, 274), die beide gesund zu sein schienen, beweist, wie verschieden die Milch überhaupt beschaffen ist, was offenbar von der Konstitution, der Lebensweise, dem Alter und dem längeren oder kürzeren Bestehen der Laktation abhängig ist; wir verweisen hier auf die Arbeiten von Donné und Franz Simon, deren der Verf. nicht gedenkt. Warum hat der Verf., der so viel für die Lehre von den Skropheln gethan hat, nicht eine Analyse der Milch skrophulöser oder skrophulös gewesener Frauen besorgt? So behilft er sich blos mit Leugnen und mit dem Schlusse, dass, was man auch über die Milch skrophulöser Frauen denken möge, er doch niemals rathen würde, eine solche Frau als Säugamme zu nehmen. — Was die Milch menstruirender Frauen betrifft, so verdanken wir Hrn. Raciborski die Kenntniss, dass solche Milch keine Veränderung erleidet, sondern höchstens an Fett- oder Buttertheilen etwas verliert.

8) Ansteckbarkeit der Skropheln. Aretaeus, Baumes, Charmetton, Dulaurens, Borden halten die Skropheln für ansteckend. — Der Verf. giebt sich die gewiss unnöthige Mühe, diese Ansicht zurückzuweisen; heut zu Tage giebt es wohl Keinen mehr, der an die Kontagiosität der Skropheln glaubt; die Versuche Hébreard's und Lepelletier's mit Ueberimpfung von Skrophelstoff oder Skropheleiter auf Thiere, welche Ueberimpfungen erfolglos blieben, beweisen eben so wenig für als gegen die Kontagiosität der Skropheln; denn Schankereiter, dessen Uebertragbarkeit von Menschen auf Menschen doch feststeht, erzeugt bei Thieren auch nichts Krankhaftes. Aber auch das Wagniss, Skropheleiter auf ein gesundes Kind einzuimpfen, hatte keinen Erfolg; ein solches Wagniss ging von Lepelletier und einem seiner Freunde aus; früher hatte auch Kortum Aehnliches versucht. — Der Verf. schliesst jedoch damit, dass er allerdings dagegen sein würde, ein gesundes Kind mit einem skrophulösen in ein Bett zusammen zu legen, obwohl schon Kortum gesagt hat: „*Quotidie occurrunt exempla, ubi sani infantes cum scrofulosis arcto et ipsius lecti consortio fruuntur, nec tamen ipsis morbus communicatur.*"

9) Eiter und anderartige Krankheitsstoffe. Kann der Eiter von anderen Krankheiten Skropheln erzeugen? Kann z. B. Pockeneiter, Vakzineeiter von einem skrophulösen Subjekte genommen und auf ein gesundes übertragen in letzterem Skropheln erzeugen?

Dehaen, Fordyce, Rowley scheinen dafür sich auszusprechen, aber sie haben wohl das *post hoc* hier gar zu sehr für das *propter hoc* gehalten. Nach überstandenen Pocken, Masern, Scharlach, Keuchhusten, wodurch die Kinder sehr herabgekommen sind, mögen sich allerdings die Skropheln leichter entwickeln, als bei gesunden Kindern unter sonst gleichen Umständen. — Rilliet und Barthez sind gewissermaassen zu entgegensetzten Resultaten gelangt; ihren Untersuchungen zufolge sterben an Tuberkeln und Skropheln verhältnissmässig weit mehr Kinder aus der Zahl der vakzinirten, als aus der Zahl der nicht-vakzinirten, oder mit andern Worten: seit dem Aufkommen und der Verbreitung der Vakzination sterben weit mehr Kinder an Tuberkeln und Skropheln, als es vor dieser Zeit gewesen. Es starben von 208 vakzinirten Kindern, die dem Tode anheimfielen, 138 an Tuberkeln, und von 95 nicht-vakzinirten Kindern, die dem Tode anheimfielen, nur 30 an Tuberkeln. — Nimmt man aber an, woran weder Rilliet und Barthez noch der Verf. zu denken scheinen, dass von den nicht-vakzinirten Kindern, wie es doch vor Verbreitung der Vakzination anerkanntermaassen der Fall gewesen, die schwächsten durch Variole und Varizellen hingerafft werden, und nur die kräftigern leben bleiben, während seit Verbreitung der Vakzination weit mehr schwächliche Kinder ihr Dasein behalten, bedenkt man dieses, so wird man sich nicht wundern, dass von den vakzinirten Kindern ein viel grösserer Prozentsatz an Tuberkeln und Skropheln erkrankt und stirbt, als von den nicht-vakzinirten. — Wandelt sich der abgelagerte Skrophel- oder Tuberkelstoff, wie es wohl bisweilen kommt, in eine kreidige Materie um, so bleibt er lange in diesem Zustande, ohne übele Folgen zu haben. Rilliet und Barthez behaupten, dass Typhen, Scharlach, und besonders Variole eine Tendenz haben, diese Umgestaltung zu bewirken.

10) Einfluss anderer Krankheiten und Krankheitsursachen auf die Erzeugung von Skropheln. Der Verf. stellt die Ansicht auf, dass viele Ursachen, welche vernichtend und zerstörend auf das Leben des Organismus wirken, bei grossem Grade von Energie tödtliche Krankheiten herbeiführen, bei geringerm Grade von Energie aber Skropheln erzeugen; oder mit andern Worten, dass da, wo sie intensiv genug sind, eine grosse Sterblichkeit zu bewirken, nur eine geringe Erndte für die Skrophulosis übrig bleibt. Ob sich der Verf. hier nicht irrt? Wenn irgend Einflüsse obwalten, die bösartige und tödtliche Krankheiten unter den Kindern hervorrufen, so werden

sicherlich die schwächlichen davon am ersten befallen und hingerafft werden; es bleiben dann besonders die kräftigen übrig, und daraus mag sich die Seltenheit der Skropheln zu den Zeiten und in den Lokalitäten erklären, wo grosse Sterblichkeit unter den Kindern überhaupt herrscht. Der Verf. giebt Data an, die jedoch auch für letztere Ansicht passen. In England giebt es Distrikte, wo die Sterblichkeit der Kinder kaum $1\frac{1}{2}$, und andere, wo sie $3\frac{1}{2}$ pCt. von der Bevölkerung beträgt; in den ersteren ist die Sterblichkeit an Skropheln = 1 : 7000, in letzteren dagegen = 1 : 20,000. In solchem Verhältnisse stehen sich z. B. die nordwestlichen Bezirke von England (Lancashire und Cheshire) und die östlichen (Monmouth und Wales) gegenüber, in welchen letzteren die Sterblichkeit bedeutend geringer, aber die Skropheln viel häufiger sind. — In andern Ländern verhält es sich eben so; in Frankreich beträgt nach der Abhandlung von Legoyt die Sterblichkeit in der Mittelzahl 2,4 pCt.; in den Depart. der Rhonemündung, der Vienne und des Var ist sie am stärksten, nämlich 3 pCt.; in den 3 Depart. der Orne, Sarthe und Korsika ist sie am geringsten, nämlich 1,9 pCt. Was die Skropheln betrifft, so beträgt ihr Vorkommen in Frankreich im Durchschnitt 20,4 auf 1000; in den erstgenannten drei Departements beträgt es aber 5,3 auf 1000, während es in den letztgenannten drei Departements 7 auf 1000 ausmacht. — Ein anderer an diese Behauptung sich anschliessender Satz, den der Verf. ausspricht, ist folgender: „Wo die allgemeine Sterblichkeit am grössten ist, da ist auch die Sterblichkeit an Abzehrung (Lungensucht) am grössten, aber die Sterblichkeit an Skropheln am kleinsten." Er bemerkt aber hinterher ganz richtig, dass alle die numerischen Data, betreffend das Verhältniss der Skropheln und der Sterblichkeit durch dieselben, nur dann ins Gewicht fallen, wenn die Zahl der Kinder zu der Zahl der Erwachsenen ermittelt ist. Es kann ja in einem Bezirke die Zahl der erstern zu der der letztern in einer Gegend in einem ganz anderen Verhältnisse stehen, als dieses in einer andern Gegend der Fall ist. Die Skropheln befallen nur das kindliche Alter, und angenommen, dass in einer Gegend fortwährend durch lokale und anderartige Einflüsse viele Kinder überhaupt dahingerafft, in einer andern Gegend aber die Sterblichkeit besonders die Erwachsenen trifft, so würde möglicherweise in beiden Gegenden die Mortalität durchschnittlich dieselbe sein; und doch würde in der letztgenannten Gegend die Skrophulosis viel häufiger sein, weil eine weit grössere Anzahl von Kindern vorhanden ist.

11) Nahrung. In wiefern die Nahrung als Ursache der Skropheln zu betrachten sei, ist bis jetzt noch nicht hinlänglich ermittelt. Der Verf. ist sehr umständlich, aber die von ihm erlangten Resultate bieten durchaus nichts Neues dar. Diese Resultate lassen sich ganz einfach in den einen Satz zusammenfassen, dass schlechte und ungesunde Nahrung, bestehe dieselbe in der Muttermilch, oder in der Milch einer Amme, oder in nicht guter Thiermilch, oder bestehe sie in anderer Substanz, eine der vorzüglichsten Ursache der Skropheln ist. Was vielleicht in anderer Beziehung interessant ist, ist eine Zusammenstellung der Speisezettel verschiedener Waisenhäuser und Kinder-Pflegeanstalten in den gebildetesten Ländern Europas und Amerikas, so wie der Zahl von skrophulösen Kindern, die im Verhältnisse zu diesen Anstalten sich fanden. In Lissabon (*Casa pia*) waren skrophulös 35 pCt.; in München (Waisenhaus) beinahe 66⅔ pCt.; in Wien (k. k. Waisenhaus) 45 pCt.; in Amsterdam (Waisenhaus) 42 pCt.; in Berlin (Friedrichs-Waisenhaus) 56 pCt.; in Paris 42 pCt.; in Petersburg (kaiserl. Findlingshaus) fast 30 pCt. Auch in Griechenland, Indien und im Londoner Waisenhause zeigten die Skropheln sich sehr bedeutend. — Diese sehr sorgfältige, jedoch, wie uns dünkt, sehr unzuverlässige Resultate liefernde Untersuchung schliesst der Verf. mit dem Ausspruch, dass, was die Art der Nahrung betrifft, diejenigen Gegenden oder Menschenklassen, in denen die häufigste Nahrung in Pflanzenkost (z. B. Kartoffeln) besteht, ein weit grösseres Verhältniss von Skropheln zeigen, als da, wo öfter und mehr thierische Nahrung genossen wird, der Fall ist.

Nachdem der Verf. nun noch mit derselben Umständlichkeit und häufig auch mit derselben unangenehmen Breite den Einfluss einer schlechten Luft, ferner den Einfluss des Klimas, der Elektricität, des Lichts, der grösseren oder geringeren Feuchtigkeit, Temperatur und der Beschäftigung durchgenommen hat, schliesst er mit einer Art Uebersicht oder Zusammenfassung aller der hier durchgenommenen ursächlichen Momente der Skropheln. Wir müssen, um unsern Lesern ein vollständiges Verständniss des Werkes zu geben, diesen kleinen Abschnitt wörtlich übertragen.

„Nachdem wir nun bisher alle die verschiedenen Agentien, von denen angegeben worden, dass sie die Skropheln erzeugen, für sich einzeln durchgenommen haben, müssen wir zum Schlusse noch einen Blick auf dieselben zurückwerfen. Was durch die Bemühungen einer langen Reihe von Jahren, die ich dem Studium dieses Gegenstandes

mehr oder weniger gewidmet habe, durch mich erlangt worden, habe ich hier mitgetheilt, und als endliches Resultat bitte ich das zu betrachten, was ich hier zusammenstelle.

1) Skrophulöse Eltern oder auch nur entweder ein skrophulöser Vater oder eine skrophulöse Mutter sind allerdings von Einfluss auf das Kind, aber sie erzeugen nicht wirkliche Skropheln in demselben, sondern nur die Prädisposition dazu, und auch in dieser Hinsicht ist der Einfluss nur gering, und es scheint sich zu ergeben, dass, wenn Vater und Mutter oder einer von ihnen sehr schwächlich sind, dadurch ebenfalls in dem von ihnen erzeugten Kinde eine Prädisposition zu Skropheln hervorgerufen wird. Mit andern Worten, es bringt ein schwächliches Elternpaar weit eher ein schwächliches Kind zur Welt, als ein kräftiges Elternpaar, und ein schwächliches Kind ist für Skropheln und andere Krankheiten empfänglicher als ein kräftiges. Es giebt aber keinen Beweis für die Ansicht, dass, zur Erzeugung eines skrophulösen Kindes oder eines Kindes mit einer besonderen Prädisposition zu den Skropheln, in Vater und Mutter oder in beiden eine besondere spezifische Krankheit oder ein eigenthümlicher Lebenszustand obwalten müsse.

2) Das zu hohe oder das zu jugendliche Alter des Vaters oder der Mutter zur Zeit der Erzeugung des Kindes hat auf letzteres in Bezug auf Skropheln nur denselben Einfluss, wie Schwächlichkeit oder Kränklichkeit der Eltern überhaupt; d. h. ist das zu jugendliche oder zu hohe Alter der Erzeuger Schuld, dass das Kind schwächlich ist, so ist es dadurch allein die Ursache, dass das Kind zu den Skropheln mehr als ein kräftiges Kind prädisponirt wird, denn nur die Schwächlichkeit, woher sie auch kommen mag, bedingt die grössere Leichtigkeit, skrophulös zu werden.

3) Es giebt keinen Beweis dafür, dass Kontakt oder inniges Zusammenleben gesunder Kinder mit skrophulösen, oder gar Inokulation von Skrophelstoff, die Skrophulosis hervorzurufen vermögen.

4) Klima oder Temperatur haben keinesweges einen solchen Einfluss auf die Skropheln, wie man anzunehmen sich versucht fühlen möchte, denn die Häufigkeit des Vorkommens der Skropheln steht durchaus in keinem bestimmten Verhältnisse zur Wärme oder Kälte des Landes.

5) Weder die allgemeine Sterblichkeit, noch die Sterblichkeit durch skrophulöse Krankheiten steht in irgend einem bestimmten Verhältnisse zu der grösseren oder geringeren Gedrängtheit der Bevölke-

rung, möge man nun Stadt mit Stadt oder Landschaft mit Landschaft vergleichen.

6) Besondere Beschäftigungsweise, und die verschiedenen gesellschaftlichen Zustände überhaupt, haben einen grösseren Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensdauer überhaupt, als unreine Luft oder unzulängliche Ventilation, aber sie haben auf die Erzeugung von Skropheln keinesweges einen spezifischen Einfluss, d. h. es sind diese Momente keinesweges als eine direkte Ursache der Skropheln zu betrachten.

7) Die allgemeine Sterblichkeit sowohl als die Sterblichkeit an gewissen besonderen Krankheiten stehen im umgekehrten Verhältnisse zu dem Grade der Wohlhabenheit der Bevölkerung, und besonders zu dem grösseren oder geringeren Wechsel der äusseren Verhältnisse oder Glücksumstände der Menschen. Während Armuth, Dürftigkeit und Entbehrung mit allem was sie im Gefolge haben, das Leben im Allgemeinen verkürzen, zu vielen Krankheiten Anlass geben, zufällig entstandene Krankheiten verschlimmern, und namentlich eine schwächliche, verkümmerte, und besonders zu Skropheln disponirte Nachkommenschaft veranlassen; während andererseits Reichthum und hohe Stellung im Leben mit der damit verbundenen Verweichlichung, Ueppigkeit, Müssigkeit, Langweile und unaufhörlichen Sucht nach neuen Vergnügungsreizen das Leben gewissermaassen auch zu einer Art von Plage machen und verkürzen, und eine schwächliche, verweichlichte, sieche Nachkommenschaft erzeugen, ist es die arbeitsame Mittelklasse, welche das wahre Mark, die Kraft und den Saft der Bevölkerung ausmacht, und in der alle Individuen die Ruhe und den Genuss nur als Erholung von der Arbeit, und die Arbeit nur als Mittel und Berechtigung zur Ruhe und zum Genusse betrachten und die durch ihre Thätigkeit und mässige Lebensweise in einen mehr oder minder behaglichen Lebenszustand sich versetzen. Diese Mittelklasse ist es, die durchschnittlich die längste Lebensdauer darbietet, und in der wir verhältnissmässig die wenigsten Skropheln antreffen.

8) Was die Nahrung als Ursache der Skropheln betrifft, so ist das Verhältniss meinen Forschungen nach folgendes. Man kann nicht sagen, dass schlechte Nahrung die Ursache von Skropheln sei, sondern schlechte Ernährung; es kann die Nahrung ganz gut sein, aber die Verarbeitung des Stoffes ist eine schlechte. Die Ernährung, oder, wie ich eben gesagt habe, die Verarbeitung des Nahrungsstoffes, ist das Resultat der Zusammenwirkung mehrerer Agentien. Ist ein Kind mit

einer schlechten Verdauungskraft versehen, so wird ein Nahrungsstoff, der einem gutverdauenden Kinde vollkommen zusagt, ihm nachtheilig sein. Nahrungsstoffe, die in gewissem Klima, zu gewissen Jahreszeiten und in gewissen Gegenden, so wie bei gewissen Beschäftigungen ganz vortrefflich sind, können unter veränderten Umständen sehr unpassend sein; es kann die Verdauungskraft, die zu gewissen Zeiten ganz gut war, eine Veränderung erlitten haben, kurz, es kann auf die verschiedenste Weise die Ernährung eine unzureichende und unpassende sein. Eine solche hat aber eine schlechte Blutbereitung zur Folge, und diese führt dann direkt zur Skrophelsucht, namentlich wenn diese Einwirkung in den Jahren statt hat, in welchen sich die Skrophelsucht zu entwickeln pflegt. Es ist leicht begreiflich, dass, so wie unpassende Nahrung, auch eine für die Dauer quantitativ nicht hinreichende Nahrung zur Entwickelung von Skropheln führen müsse. Unter quantitativ hinreichender Nahrung ist nicht eine solche zu verstehen, die nur grosse Masse bildet, sondern solche, die in hinreichender Menge nährende Bestandtheile enthält. In den Ackerbaubezirken, bei den Bauern, wo die Kinder freie Luft und gesunde Beschäftigung oder Leibesbewegung haben, sind die Skropheln fast eben so heimisch wie in den Manufakturbezirken, weil die Kinder der Landleute wenig thierische Nahrung, sondern meist grobe Pflanzenkost, die zwar den Leib anfüllt, aber wenig ernährende Bestandtheile enthält, geniessen.

9) Obwohl wir nicht hinreichende Beweise besitzen, dass eine schlecht beschaffene Luft entweder eine nachtheilige Einwirkung auf die Verdauung oder direkt die Skropheln hervorzurufen im Stande ist, so ist doch sicherlich ihr Einfluss ein nachtheiliger, insofern schlechte Luft auf die Blutbereitung und auf die Lebensenergie überhaupt schädlich einwirken muss.

10) Ueberfüllung mit Menschen, ferner animalische und vegetabilische Effluvien, so wie überhaupt miasmatische Exhalationen, sind insofern als Ursachen von Skropheln zu betrachten, als sie schwächend wirken und die Bereitung eines gesunden Blutes beeinträchtigen. Wenn auch der Nutzen, den Lüftung, Erweiterung der Strassen und Plätze, Abzüge u. dergl. auf die Verhütung der Skropheln haben, sehr übertrieben worden ist, so ist doch nicht zu leugnen, dass diese Momente von nachtheiligem Einflusse sind, und ganz gewiss sehr viel dazu beitragen, eine lebenskräftige, gesunde Generation zu entwickeln."

(Schluss im folgenden Hefte.)

III. Klinische Mittheilungen.

A. St. Georgs-Hospital in London (Klinik von B. C. Brodie).

Ueber die skrophulösen Affektionen des Kniegelenks.

(Schluss, s. voriges Heft S. 304.)

„Da Alles darauf ankommt, die Konstitution zu verbessern, so ist auch ausser der Arznei noch das Verhalten und die Diät zu regeln. Landluft, namentlich Aufenthalt an der Seeküste, und unter Umständen auch Seebäder, sind einem an Skropheln leidenden Kinde von grossem Nutzen. Man hat auch versucht, Seesalzbäder oder Bäder im Seewasser, ohne den Genuss der Seeluft, gegen die Skrophelsucht zu verordnen; man hat sich aber täuschen lassen, denn nicht die Seebäder sind es, welche skrophulösen Kindern gut thun, sondern die Seeluft. Aufgemuntert von einigen Aerzten, die die Seebäder für das einzig Wirksame hielten, baute ein Mann ein Schiff, das so eingerichtet war, dass es eine grosse Menge Seewasser aufnehmen konnte. Dieses Schiff ging 3 Mal in der Woche in See, füllte sich mit Seewasser und kam dann in den Fluss wieder zurück, um im Innern des Landes bequeme, erwärmte Seebäder darzubieten. Anfänglich war der Zulauf sehr gross, weil die Aerzte sich für diese Art von Seebädern sehr interessirten; von Jahr zu Jahr kamen aber immer weniger, und zuletzt ging die Sache aus Mangel an Besuchern ein. Der Grund war, dass man allgemein erkannte, Seebäder seien nichts ohne Seeluft. Die Athmung der Seeluft ist dasjenige Moment, das hier besonders in Betracht kommt, wobei ich die Seebäder durchaus nicht verwerfe. Ausser dem Genusse der Seeluft, oder wenigstens der Landluft, würde ich eine leicht verdauliche, aber sehr ernährende Kost verordnen, und ausserdem dafür sorgen, dass die Kleidung der Witterung gemäss eingerichtet sei, damit keine Erkältung stattfinde."

„Dieses ist die allgemeine Behandlung, die Sie zu befolgen haben, wenn Sie frühzeitig zu einem skrophulösen Leiden des Kniegelenks oder Hüftgelenks gerufen werden, ehe noch Eiter sich gebildet hat. Verfahren Sie dann auf die eben genannte Weise, und ist sonst kein anderes inneres Leiden zugleich vorhanden, so werden Sie sicherlich fast immer eines guten Erfolges sich erfreuen. Aber Beharrlichkeit, m. H., Beharrlichkeit ist hier Seitens des Arztes und Seitens des

Kranken mehr als anderswo nothwendig. Es ist meist ein solches Verfahren Jahre lang nothwendig, und was die Lederschienen betrifft, die zur Schützung und Haltung des kranken Knies anempfohlen werden, so müssen auch diese 3, 6 bis 12 Monate getragen werden."

„Angenommen aber, Sie werden zu einem skrophulösen Kniegelenkleiden hinzugerufen und finden das Knie gekrümmt, d. h. den Unterschenkel gegen den Oberschenkel gezogen, und Sie stellen sich die Frage, ob das Knie wieder gerade zu richten sei oder nicht? Ist das Uebel noch nicht sehr eingewurzelt, sind noch keine bedeutenden Zerstörungen innerhalb des Gelenks vorgegangen, so ist Ihre Pflicht, die Streckung des Knies durch einen passenden Schraubenschienenapparat, der allmälig wirkt, zu versuchen. Sie müssen aber dabei niemals gewaltsam wirken wollen. Nach und nach durch allmälige Dehnung wird es Ihnen gelingen, das Bein zu strecken, so dass, wenn späterhin wirklich Gelenksteifigkeit erfolgt, der Kranke doch wenigstens ein gerades Bein hat und kein gekrümmtes."

„Ist aber die Krankheit weiter fortgeschritten, haben sich bereits Eiterhöhlen im Gelenke gebildet, so ist die Heilung zweifelhafter und jedenfalls langweiliger; die Prinzipien der Behandlung bleiben aber dieselben. Das Vorhandensein eines Abszesses macht die grösste Ruhe des Gliedes noch nothwendiger. Zeigt sich der Abszess äusserlich und ist die Haut über demselben empfindlich, so muss die Lederschiene von der einen Seite, wo sie drücken kann, weggenommen werden, aber sie muss an der anderen Seite verbleiben. Bisweilen hat der Abszess eine solche Lagerung, dass beide Schienen weggelassen werden müssen, um Kataplasmen anzuwenden. Sobald wie die Haut über dem Abszesse dünn geworden, muss der Abszess geöffnet werden, weil dadurch Zeit gespart wird. Ist der Abszess 3—4 Tage offen gewesen, so lege man die Schiene wieder an und mache einen einfachen Verband auf die Oeffnung des Abszesses, und damit die Schienen vom Eiter nicht verdorben werden, so lasse ich sie mit Wachstaffft überziehen."

„Haben sich einmal Abszesse gebildet, so müssen Sie damit zufrieden sein, wenn es Ihnen gelingt, das Bein zu retten; Sie müssen es aufgeben, auch die Beweglichkeit des Gelenkes erhalten zu wollen. Ich will nicht behaupten, dass es niemals gelinge, unter solchen Umständen dieses letztere Ziel auch noch zu erreichen, aber unter 10 Fällen von skrophulösen Abszessen der Gelenke endigen 9 mit wahrer Anchylose. Es ist dies in Bezug auf das Kniegelenk kein so

grosses Unglück, wenn nur das Bein in gerader Richtung steif geworden ist. Ein sehr grosses Unglück aber ist es, wenn das Kniegelenk mit gebeugter Stellung des Unterschenkels eine Anchylose erlitten hat. Um dieses zu verhindern, muss, trotz des Vorhandenseins der Abszesse, der Schraubenapparat angelegt werden, um das Bein vollkommen gerade zu richten. Bisweilen stösst sich, wenn ein Abszess vorhanden ist, und derselbe sich schliessen will, ein Stückchen Knochen nach aussen ab; ja bisweilen werden mehrere solcher Knochenstücke nach und nach abgestossen; wenn dies der Fall ist, bildet sich immer eine Anchylose vollständig, und es vergehen dann oft Jahre, ehe alle kranken Knochentheile abgegangen sind, und ehe alle Abszesse aufgehört und alle Fistelgänge sich geschlossen haben. Darum ist es von grosser Wichtigkeit, dass solche Fälle frühzeitig in die Hände geschickter Aerzte kommen, damit die Bildung von Abszessen verhütet werde. In der That liegt darin die einzige Rücksicht, die eine gute Therapie ins Auge zu fassen hat. Hat sich noch kein Eiter gebildet, so kann dieses durch eine richtige Behandlung auch mit Sicherheit verhütet werden, und in wenigen Monaten kann dann die Krankheit zu Ende gebracht werden. Ist es aber so weit gekommen, dass sich nur ein einziger Tropfen Eiter im Gelenke gebildet hat, so erzeugt sich meistens Abszess auf Abszess, und es können nun viele Monate, ja Jahre vergehen, ehe die Krankheit ihr Ende erreicht."

„Ich habe gesagt, dass, wenn Sie frühzeitig zu einem skrophulösen Kniegelenkleiden kommen und dasselbe richtig behandeln, es Ihnen meistens gelingen wird, das Knie zu erhalten. Bisweilen jedoch wird aller Sorgfalt ungeachtet auch dieser Erfolg nicht erreicht. Der besten Behandlung zum Trotze schreitet die Krankheit vorwärts, und das Gelenk wird immer mehr und mehr zerstört. Wenn dieses geschehen ist, oder wenn Sie zu einem Kinde gerufen werden, das seit Jahren schon an einer skrophulösen Affektion des Kniegelenks gelitten hat, welches durch Eiterhöhlen und Eitergänge fast gänzlich zerstört ist, was ist da zu thun? Giebt es da etwas Besseres als die Amputation des Knies? Ist da die Amputation durchaus nothwendig, oder kann sie umgangen werden? Es gehört ein tüchtiges Urtheil dazu, um in jedem Falle mit Bestimmtheit sich hierüber aussprechen zu können. Ich schreite immer sehr ungern zu einer Amputation, weil ich der Ansicht bin, dass so ein wichtiges Glied, wie ein Bein, wohl werth genug sei, dass man etwas darum leide und sich selbst einiger Gefahr unterziehe, wenn man noch die Hoffnung haben kann, es zu

erhalten. Es giebt aber auch noch andere Gründe, die mich abhalten, sogleich zur Amputation zu schreiten; ich habe viele Fälle beobachtet, wo gleich nach der Amputation eines skrophulösen Kniegelenks Symptome von Brustaffektionen sich einstellten, und die Kranken an Lungensucht und Lungenabszessen starben, oder Hydrokephalus oder eine Affektion der Gekrösdrüse bekamen. Ehe ich also ein Glied verurtheile, stelle ich eine genaue Untersuchung des Allgemeinbefindens des Kranken an, und bemühe mich zu ermitteln, ob nicht andere Organe auch ergriffen werden. Ist ein Knie amputirt werden, und hat die Krankheit in dem andern Knie oder in den Lungen oder dem Gekröse begonnen, so ist der Erfahrung nach anzunehmen, dass nun hier das Uebel mit verstärkter Schnelligkeit sich ausbilden werde. Finden Sie aber, dass durch das sehr zerstörte Kniegelenk das Kind fortwährend in einem gereizten, fast fieberhaften Zustande erhalten wird, finden Sie, dass es durch dasselbe immer mehr und mehr erschöpft wird, so sind Sie gerechtfertigt, wenn Sie sogleich die Amputation unternehmen. Finden Sie beim Sondiren, dass im Innern des Gelenks ein grosses Knochenstück abgestorben ist, und eine solche Situation hat, dass es nicht exsudirt werden kann, so müssen Sie auch das Glied für unerrettbar erklären und die Amputation vornehmen."

„Ich habe gesagt, dass, wo ein Abszess sich gebildet hat, und das Individuum doch geheilt wird, die Heilung fast immer mit Anchylose geschieht. Eine knochige Anchylose bedarf aber Jahre, ehe sie vollendet ist. Diese Thatsache muss man kennen, damit man weiss, dass, wenn das Glied gekrümmt worden, Zeit genug wieder da ist, um es wieder gerade zu richten."

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

1. Ueber fehlerhaften Kallus bei Kindern in Folge schlecht geheilter Frakturen, und über das, was dagegen zu thun.

„Wir haben, m. H., in unserer Abtheilung ein Kind von 8 Jahren, das Ihnen schon mehrmals vorgestellt worden; es ist von ziemlich guter Konstitution, ohne jedoch sehr kräftig auszusehen. Als es 1 Jahr alt war, hatte es eine Fraktur eines Unterschenkels erlitten; der Beinbruch wurde von den Personen, denen das Kind zur Pflege

übergeben war, so vernachlässigt, dass die Knochenenden auf die fehlerhafteste Weise mit einander verwuchsen. Die Tibia steht so, dass sie einen vollständig rechten Winkel bildet, mit der Spitze nach vorn. Der Bruch hat nämlich da stattgefunden, wo das untere Drittel beginnt. Das untere Ende des oberen Fragments stützt sich auf das obere Ende des unteren, wie ein Pfeiler gegen einen Balken. Erfasst man die Fragmente mit den Händen, so glaubt man etwas Beweglichkeit zwischen ihnen zu fühlen, was wohl daran liegen mag, dass sich zwischen den beiden Knochenenden ein fibröses, nicht vollständig verknöchertes Gewebe oder vielleicht ein falsches Gelenk gebildet hat. Die Fibula steht ebenfalls beinahe im rechten Winkel, bildet aber scheinbar mehr einen Bogen als einen wirklichen Winkel; sie ist grösser, dicker, abgeflachter, als die Fibula des anderen Beines. Ausserdem haben wir eine Verkürzung der Muskeln an der hinteren Parthie des Unterschenkels bemerkt. Das Kind geht sehr gut, läuft selbst, hinkt aber auf sehr merkliche Weise, da das Bein eine bedeutende Verkürzung erlitten hat; im Uebrigen aber ist dieses Bein eben so solide wie das andere. Vor 8 oder 10 Tagen ist uns das Kind zugeführt worden, nicht in der Hoffnung, eine vollständige Heilung zu erlangen, sondern nur in der Absicht, so weit als möglich diese Deformität zu vermindern."

„Was würden Sie thun, m. H., wenn Sie wegen eines solchen Falles um Hülfe angegangen werden? Werden Sie das Kind gänzlich aufgeben, damit es sein ganzes Leben krüppelhaft zubringe, oder werden Sie denken, es sei bei der grossen Jugend des Kindes noch sehr viel auszuwirken, und es sei Ihre Pflicht, das, was jetzt noch gethan werden kann, nicht zu versäumen? Es ist nicht so leicht, hier einen Entschluss zu fassen, wie es im ersten Augenblick scheinen möchte. Nachdem wir den kleinen Kranken aufmerksam untersucht hatten, fragten wir uns, ob und was zu thun möglich sei, und wir blieben, wir gestehen es, so unentschlossen, dass wir mehrere erfahrene Kollegen um ihre Ansicht fragten. Wir hörten aber die verschiedensten Aussprüche, die sich hier und da gänzlich widersprachen. Diejenigen, welche dafür waren, dass nichts gethan werden dürfe, haben alle Umstände neben einander gestellt, in denen das Kind sich befindet, und dann alle die möglichen Ereignisse dagegen gehalten, welche durch die Operation herbeigeführt werden könnten. Sie sagten, das Kind befinde sich jetzt sehr wohl, es könne gehen, es könne laufen, das Glied habe gehörige Festigkeit und in Kraft und Umfang sich vollkommen

entwickelt; es sei also auch zu erwarten, dass das Bein, wenn auch nicht an Länge, doch in jeder anderen Beziehung vollständig fortwachsen würde, obwohl freilich zu fürchten, dass in dem Maasse, wie das Kind grösser wird, auch seine Lahmheit bedeutender hervortreten werde."

„Diejenigen, die für eine Operation waren, sagten, es sei bei der guten Konstitution und der Jugend des Kindes der beste Erfolg zu erwarten; es sei zu bedenken, dass, wenn man jetzt von der Operation abstände, und das Kind zu immer grösserer Lahmheit heranwachsen liesse, man eine menschliche Existenz gewissermaassen halb vernichte. Wäre das Kind reich und unabhängig, so werde selbst dann der Genuss des Lebens ihm halb verkümmert werden, und der Mann würde Denen nicht verzeihen, die ihm, als er Kind war, hätten helfen können, es aber aus eiteler Befürchtung unterliessen. Ist das Kind aber, wie man sieht, unbemittelt, und also dazu bestimmt, seine Subsistenz sich zu erwerben, so ist es um so mehr nothwendig, dass es so viel wie immer möglich von seiner Lahmheit befreiet werde, obwohl es allerdings Gewerbe giebt, die im Sitzen betrieben werden können, und zu denen die Beine nicht gebraucht werden."

„Ein näheres Eingehen aber in die Art und Weise, wie verfahren werden könnte, brachte uns dahin, uns Denen zuzuwenden, die gegen eine Operation überhaupt sich erheben. Wir hatten uns nämlich zu fragen, wenn eine Operation gemacht werden soll, welches dasjenige Verfahren sei, dem wir den Vorzug zu geben haben? Unserer Ansicht nach giebt es nur zwei Verfahrungsweisen, zwischen denen gewählt werden kann, nämlich entweder einen neuen, künstlich und mit aller Vorsicht bewirkten Beinbruch da, wo die fehlerhafte Verwachsung geschehen ist, oder eine Durchschneidung des fehlerhaft geheilten Knochens mittelst der Säge und darauf natürlich ein Wiederzusammenheilen in besserer Form. Zu ersterem Zwecke ist eine sehr grosse Gewaltanwendung nothwendig, und in einem analogen Falle stand Prof. Sanson, der schon Alles vorbereitet hatte, um eine solche Operation zu unternehmen, im Augenblicke, als er sie unternehmen wollte, davon ab. Im Momente, in dem man einen solchen Akt beginnen will, treten alle Bedenken kräftig wieder zu Gemüthe, und man kann sich dann wohl wieder bestimmen lassen, davon abzustehen. Das erste Bedenken, das entgegen tritt, besteht in der Ungewissheit, wo die Fraktur geschehen werde, wenn sie künstlich bewirkt wird; man hat selbst bei einem vorsichtigsten Verfahren keine Bürgschaft

dafür, dass der Bruch genau an der Stelle stattfinden werde, wo man ihn haben will; geschieht der Bruch etwas oberhalb oder unterhalb der fehlerhaft geheilten Stelle, so erreicht man den Zweck nicht, sondern verschlimmert noch das Uebel. Wir zögerten deshalb auch nicht, nach Erwägung dieser Punkte von der genannten Operation abzustehen, obwohl wir es mit Bedauern thaten, denn es schien uns dieses Verfahren ein so natürliches zu sein und so vollständig zum Zwecke zu führen, dass wir an ein anderes gar nicht denken mochten. Hätten wir die Möglichkeit gewinnen können, den Bruch ohne grosse Verletzung der Weichtheile da genau zu bewirken, wo wir ihn haben wollten, so würden wir vielleicht nicht davon abgestanden sein."

„Ist es besser, den Knochen durchzusägen? Eine Durchsägung des Knochens, Behufs einer besseren Zusammenheilung desselben, ist nichts Neues; diese Operation ist oft genug gemacht worden, bisweilen ohne Erfolg, bisweilen mit Erfolg, aber wohl nur immer da, wo es einem einzigen Knochen galt. Hier aber bei diesem Kinde wären beide Knochen des Unterschenkels zu durchsägen. Um dazu zu gelangen, müsste man sehr bedeutende Wunden der Weichtheile bewirken; man müsste gewissermaassen die Weichtheile zerschneiden. Könnte man das Wadenbein stehen lassen, so würde es der Tibia als Schiene dienen; werden aber beide Knochen durchschnitten, so würde es schwierig werden, die beiden Knochenenden von zwei Knochen, also vier Fragmente, gegen einander so vollständig zu erhalten, dass sie in gehöriger Form zusammenwachsen. Bei einer Fraktur beider Knochen des Unterschenkels sind zwar auch vier Fragmente vorhanden, aber die Bruchflächen sind nicht glatt, wie nach einer Durchsägung, und die Fragmente sind meist immer von verschiedener Höhe, so dass schon dadurch eine Verschiebung mehr verhütet wird. Wäre das Kind mittelst Durchsägung der Knochen operirt worden, so würde es in dem Zustande eines Menschen sich befinden, der einen mit bedeutender Verwundung der Weichtheile komplizirten Bruch beider Knochen des Unterschenkels erlitten hat. Wie gefährlich aber solche Brüche sind, wie leicht sie zu Nervenzufällen, Tetanus, entzündlichen Erscheinungen, Erysipelas, Phlegmone, tiefen Abszessen, Gangrän führen, weiss Jeder; ja wir würden uns nicht wundern, wenn nach einem solchen Verfahren Zufälle einträten, die die Amputation des Gliedes erheischen. Auch muss man wohl in Betracht ziehen, dass möglicherweise durch diese falschgeheilte Fraktur die Gefässe eine abnorme Lage oder Ver-

bindung erlangt haben, und dass demnach eine gefährliche Verletzung der Arterien hätte bewirkt werden können."

„Angenommen aber, dass alle diese Zufälle nicht stattgehabt hätten, dass die konsekutiven entzündlichen Symptome durch kräftig und anhaltend angewendete antiphlogistische Mittel gehörig gemässigt und geregelt worden wären, würden wir auch sicher und bestimmt eine Konsolidation erlangt haben? Das ist noch sehr zu bezweifeln, eben weil bei den glatten Bruchflächen, die die Sägenschnitte bewirken, wohl eine Adaption der Fragmente, aber nicht ein dauernder Kontakt derselben hätte erhalten werden können. Das Kind wäre demnach bei dieser Operationsweise in die grösste Lebensgefahr gerathen, und dann, wenn durch grosse Anstrengung es endlich durch alle Gefahren durchgeführt worden wäre, würde es mit seinem Beine noch viel übeler daran gewesen sein, als vor der Operation."

„Haben wir hier nur in aller Kürze die Anzeigen oder Gegenanzeigen der Operation dargestellt, so glauben wir doch, dass in jedem speziellen Falle der Chirurg reiflich alle Umstände erwägen und durch sie allein sich bestimmen lassen muss. Dieses Kind hinkt freilich, aber es ist wohl und guter Dinge dabei. Dürfen wir dieses Kind allen nur möglichen Gefahren der Operation aussetzen, um ihm eine bessere, aber äusserst zweifelhafte Zukunft zu verschaffen? Ich sollte meinen, m. H., wir dürfen es nicht. Es giebt drei Gemüthsstimmungen, wenn ich mich so ausdrücken darf, welche in dem Wundarzte zu verschiedenen Zeiten sich zeigen, oder von denen bald die eine, bald die andere bei diesem oder jenem vorherrscht. Diese drei Gemüthsstimmungen heissen: Verwegenheit, Bedächtigkeit und Aengstlichkeit. Verwegenheit würde es Vielen erscheinen, wollte Jemand bei diesem Kinde eine der genannten Operationen vornehmen. Hr. Malgaigne aber, dessen Talent wir sehr zu schätzen wissen, nennt das, was uns zu verwegen dünkt, eine zu grosse Aengstlichkeit, und er hat uns gebeten, ihm das Kind in seine Klinik zu senden. Wir werden es ihm zusenden, aber wir werden den Eltern des Kindes, die es uns anvertraut haben, unsere grossen Bedenklichkeiten nicht verschweigen. Das halten wir für eine Gewissenssache. Dann mögen sie zusammen thun, was sie wollen; wir haben keine Verantwortlichkeit mehr auf uns, werden aber des Interesses wegen, den der Fall bietet, Ihnen später über Das Bericht abstatten, was Hr. Malgaigne gethan und bewirkt hat."

---

2. Ueber Steinschnitt bei Kindern.

„In demselben Saale haben wir einen Knaben von 10 Jahren, der seit 5 Jahren an Erscheinungen gelitten hat, die auf einen Harnblasenstein deuten. Er hatte immer eingepisst, litt beim Urinlassen, und liess bisweilen Blut mit dem Urin ab; auf dem Boden des Gefässes hat man etwas Gries gefunden, und am vorderen Ende des Penis empfand der Knabe Jucken und Brennen; oft auch geschah es, dass, während er pisste, der Strahl des Urins plötzlich unterbrochen wurde. Alle diese von den Eltern gemachten Angaben überzeugten uns von der Anwesenheit eines Blasensteins bei diesem kleinen Kranken. Wir brachten den Katheter ein und erkannten leicht das Dasein eines Steins. Während dieser kleinen Operation wehrte sich das Kind und schrie gewaltig; wir konnten mithin das Instrument nicht länger in der Blase lassen, und gelangten also bei dieser ersten Untersuchung nicht so weit, um den Umfang des Steines zu ermitteln, obwohl wir Ursache genug hatten zu vermuthen, dass der Stein sehr gross sei. Wir waren nicht einmal sicher, ob nur ein einziger Stein vorhanden sei, was daran lag, dass der Stein, wie wir später erkannten, bucklig und höckrig war."

„An die Lithotritie konnten wir in diesem Falle offenbar nicht denken. Der Stein war zu gross, als dass es möglich war, ihn in einer einzigen Sitzung zu zertrümmern. Uebrigens bestehen die sogenannten Maulbeersteine aus kleesaurem Kalke, einer sehr harten Substanz, und auch dieser Umstand war für die Zerbröckelung nicht günstig. Wir hielten dafür, dass der Bilateralschnitt hier passender sei, und wir bereiteten den kleinen Kranken durch einige Bäder und milde Diät vor; Abends vor der Operation gaben wir ihm etwas Ricinusöl; am folgenden Morgen gaben wir ihm noch ein Klystier, und wir müssen bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam machen, dass bei einer solchen Operation, wie die hier in Rede stehende, eine vollständige Entleerung des Mastdarms nicht blos durch Purganzen, sondern auch durch Klystiere von der grössten Wichtigkeit ist. Wir gehören nicht zu Denen, die die unglücklichen Ereignisse, die sie in ihrer Praxis erlebten, oder die bitteren Erfahrungen, die sie gemacht haben, verschweigen; im Gegentheile, wir erzählen auch unsere unglücklichen Fälle, damit sie uns und Anderen zur Lehre dienen. Wir haben bis jetzt 30mal bei Kindern den Steinschnitt im Damme gemacht; 2mal haben wir den Mastdarm verletzt. In dem einen Falle hatten wir Abends vor-

ben und am Morgen des Operationstages ein Klystier verordnet. Letzteres wurde leider nicht gegeben; der Mastdarm war von einem verhärteten Kothpfropfen ausgedehnt, und trat aus, gerade als wir in der Operation begriffen waren. Der Mastdarm fuhr unter das Messer und wurde verletzt. In diesem Falle war also die Nachlässigkeit der Pflegerin des Kindes Schuld an dem unglücklichen Resultate. — Im zweiten Falle hatte man beide von mir verordnete Klystiere gegeben, aber ein unglücklicher Umstand trat hinzu, den wir näher bezeichnen müssen. Eine Pflegeschwester, die an dem frühen Morgen durch die Säle ging, gab dem Kinde eine Kirsche, eine einzige, aber das Kind verschluckte den Kern, und gerade als wir die Operation machten, gelangte der Kern unter die Membranen, welche die Wand des Mastdarms bilden, und zwar in dem Augenblicke, als die Blätter des Lithotoms die Texturen einschnitten und wir das offene Instrument zurückzogen. Wir müssen übrigens hinzufügen, dass wir in diesen beiden Fällen das Glück hatten, dass keine Fistel auf diese so ernste Verletzung zurückblieb. Hieraus aber ersehen Sie, wie wichtig es sei, den Mastdarm vollständig vor der Operation zu entleeren."

„Bei diesem Kinde, welches wir vor uns haben, geschah die Operation mit grosser Schnelligkeit und Leichtigkeit, obwohl das Becken des kleinen Kranken nicht gehörig unterstützt war und er sehr zappelte. Wir schnitten die membranöse Portion der Harnröhre leicht ein, und mit eben solcher Leichtigkeit brachten wir das Lithotom in die Rinne der Sonde und durchschnitten die Texturen vollständig ohne weiteren Zufall. Als aber die Extraktion des Steins vorgenommen werden sollte, so fand sich, dass die Zange nicht weit genug auseinander gesperrt werden konnte, um den grossen Stein gehörig zu erfassen; beim ersten und zweiten Versuche konnte man nur kleine hervorragende Stücke abbrechen und herausholen, und man erkannte bald, dass der Stein zu gross sei, und dass nicht, wie es im ersten Augenblicke schien, mehr als ein Stein vorhanden wäre. Der Stein hatte ungefähr die Grösse einer Wallnuss, und seine höckrige Oberfläche erschwerte das Erfassen noch mehr. Wir waren gezwungen, als es uns endlich gelang, den Stein zu erfassen, mit der Zange lange und beschwerliche Traktionen vorzunehmen. Die Wunde war gross genug. Durch eine Wunde von solcher Grösse hatten wir viel voluminösere Steine herausgeschafft, aber das waren glatte Steine, der Stein jedoch in diesem Falle war höckrig und hatte Vorsprünge, die über die Löffel der Zange hinüberragten. Nur mittelst eines starken Zuges gelang es

uns endlich, den Stein herauszunehmen; allein die Ränder der Wunde wurden dabei stark gequetscht und der Blasenhals ziemlich bedeutend komprimirt; wir hatten demnach sehr ernste Zufälle zu fürchten. Der Operirte bekam auch wirklich sehr heftiges Fieber. Bäder, strenge Diät, Kataplasmen auf den Bauch waren die Mittel, die wir anwendeten. Es stellte sich später etwas Erysipelas im Damme und um die Wunde herum ein. Wir machten Einreibungen mit einfacher frischer Salbe auf die geröthete Stelle und legten das Becken hoch. Die Fieberreaktion ist übrigens nicht sehr stark gewesen, und jetzt ist zwar der Kranke noch nicht ausser Gefahr, aber er befindet sich in einem Zustande, der uns zu den besten Hoffnungen berechtigt."

C. *St. Georgs-Hospital* in London (Klinik von C. Hawkins).

Ueber gewisse Arten von Muttermälern und deren Behandlung.

„Ein junges Mädchen, 17 Jahre alt, kam zu uns mit einem Tumor von der Grösse einer Pomeranze, oben auf der vorderen Fläche des linken Vorderarms; dieser Tumor war äusserlich von einer soliden und festen Textur, schien aber Fluktuation darzubieten. Ueber den Tumor sitzt noch eine kleinere umschriebene Geschwulst von der Grösse einer grossen Nuss, welche ebenfalls beim Druck zu schwappen scheint. Dieses ganze Gewächs ist subkutan; die Haut, die dasselbe bedeckt, ist von dunklerer Farbe als die umgebende Haut, und mit einer Menge kleiner Warzen bedeckt. Ueber den oberen Rand des Tumors verlaufen die Venen, aber nicht unter denselben; der Tumor ist etwas schmerzhaft beim Drucke und hindert sehr die Bewegung des Arms. Etwa einen Zoll entfernt von diesem Tumor, mehr nach unten zu, fühlt man eine weiche, elastische Masse, die mehrere Zoll lang und breit und etwa 1 Zoll dick ist, und grade so sich anfühlt wie die eben erwähnte Geschwulst. Diese Masse ist auch subkutan, und die Haut darüber ist noch mit einer weit grösseren Anzahl von dunkelbraunen Warzen und Flecken besetzt, welche letztere aus einem Geflechte feiner variköser Venen bestehen, da sie, mit dünner Oberhaut besetzt, bei der geringsten Gelegenheit bluten. Die diesen weichen Tumor bedeckende Haut hat ebenfalls eine dunkelbraune Farbe,

und zwar offenbar in Folge des grossen Venennetzes, das in derselben sich befand. Diese ganze Abnormität ist angeboren; der obere Tumor hatte aber an Grösse zugenommen, während der untere Tumor sich wenig oder gar nicht verändert hatte. Vor etwa 9 Monaten bekam das Mädchen eine Art Entzündung mit vielem Schmerze im oberen Tumor; diese Entzündung hatte nicht eine Beseitigung des Tumors zur Folge, sondern eine Vergrösserung; vor 3 Monaten stellte sich abermals eine neue Entzündung ein, die die Geschwulst in den jetzigen Zustand versetzte; sie war von Aerzten verschiedentlich behandelt worden, man hatte Blasenpflaster aufgelegt, Blutegel angesetzt, Jodine angewendet u. s. w."

„Was haben wir in diesem Falle zu thun, und wie ist dieser eigenthümliche Nävus aufzufassen? Worin besteht er? Was zuerst die Warzen betrifft, so erkannten wir in ihnen nichts Anderes als eine Hypertrophie der gewöhnlichen Papillen; sie steigerten sich namentlich mit der Entzündung, und vergrösserten sich bedeutend, als wir die Masse rieben; sie wurden schmerzhaft und waren zur Eiterabsonderung geneigt, als die Entzündung sich vermehrte; sie verkleinerten sich wieder, als die Entzündung aufhörte. Diese Warzen sind offenbar gar nicht von Belang, und ich kann mich nicht dazu entschliessen, sie etwa durch Aetzmittel zu entfernen, da bei der abnormen Textur, die unter ihnen liegt, sicherlich auf die Anwendung dieser Mittel eine sehr üble Ulzeration folgen würde."

„Was zunächst neben diesen Warzen in Betracht gezogen werden muss, sind die abnormen Gefässgeflechte, offenbar auch mit Erkrankung der Gefässwände. An den Stellen, wo die Epidermis sehr verdünnt oder vielleicht zufällig abgeschabt war, konnten Sie deutlich diese krankhaften Gefässgeflechte erkennen, und eine genaue Untersuchung ergab uns auch, dass die ganze Masse aus solchen krankhaften Gefässgeflechten, vielleicht oder wahrscheinlich mit Fett und Zellgewebe untermischt, besteht."

„Was die einzuschlagende Behandlung betrifft, so schien es mir, dass ich nicht in Anspruch genommen worden bin, um diesen Tumor gänzlich zu beseitigen, sondern nur, um dem Mädchen gegen die augenblicklichen Beschwerden Abhülfe zu verschaffen. In der That hatte die kranke Masse einen zu grossen Umfang, als dass es rathsam wäre, sich mit ihr direkt zu befassen; sie erstreckte sich nämlich fast vom Handgelenke bis zum Ellenbogen und umfasste beinahe den ganzen Umfang des Arms; die Abnormität war, wie bereits gesagt, angeboren,

bestand also 17 Jahre, und hatte in diesen 17 Jahren sich nur wenig verändert. Im Ganzen hatte sie der Kranken auch wenig Beschwerde gemacht, nur dass dann und wann einzelne Stellen zu bluten anfingen, aber sogleich wieder aufhörten, sobald sie mit etwas Höllenstein betupft wurden. Erst die Entzündungsanfälle in den letzten 9 Monaten, der damit verbundene Schmerz und die Vergrösserung der Masse trieb das junge Mädchen an, ärztliche Hülfe zu suchen. Es ist dieses offenbar ein sehr interessanter Fall, und er mag mir dazu dienen, Ihnen meine Ansichten über die Muttermäler und deren Behandlung darzulegen."

„Allen von Ihnen sind diejenigen Nävi gewiss nicht unbekannt, die man Feuermäler nennt; es sind dieses, wie Sie wissen, oberflächlich gelegene Netze oder Geflechte von gewundenen, mehr oder minder vergrösserten kleinen Blutgefässen; die Grösse und Ausdehnung dieser Gefässgeflechte sind verschieden; sie können sich auf kleine Stellen beschränken, aber auch einen sehr grossen Umfang haben; ihre Farbe ist verschieden; sie variirt zwischen Blassrosa, Scharlachroth bis Dunkelblau und Braun. Gewöhnlich bleiben diese Feuermäler stationär, d. h. sie vergrössern und verkleinern sich nicht, und zeigen nur diejenige Veränderung, die überhaupt eine gesteigerte oder eine verminderte Zirkulation in allen Gefässen mit sich führt. Bisweilen aber besteht das Muttermaal nur aus einer einfachen, etwas hervorragenden Stelle, die arteriell geröthet erscheint und Gefässverzweigungen auszusenden scheint; es sind dieses die sogenannten Spinnenmäler (*Naevi aranei*). Ein anderes Mal treten, wie bei unserer Kranken, nur an einzelnen Stellen Geflechte von kleinen Varikositäten dem Auge entgegen, während der grössere Theil des abnormen Gefässgeflechtes unter der Haut sich befindet. Noch häufiger treffen Sie auf kutane oder subkutane Nävi, welche deutliche Geschwülste von verschiedener Dicke darstellen, die eine verschiedene Farbe zeigen, je nachdem arterielles oder venöses Blut in ihnen vorherrscht, und je nachdem die Haut über ihnen mehr oder minder verdünnt ist. Diese Geschwülste bestehen gewöhnlich aus gewundenen varikösen oder erweiterten Kapillargefässen, welche von einem verdichteten Zellgewebe umgeben sind, und durch Druck beliebig entleert oder gefüllt werden können. Die Wände dieser Gefässe sind gewöhnlich erkrankt, so dass sie sehr leicht gefährliche Blutung veranlassen, während diejenigen Gefässe, die zu diesen Geschwülsten gehen, oder aus ihnen hervorkommen, meistens gesund erscheinen. Bisweilen jedoch sind aber auch diese letzteren Gefässe so varikös und erweitert, dass sie unter der Haut eben so gefühlt werden können,

wie es beim Krampfaderbruche der Fall ist. Bisweilen sind Arterienäste auf diese Weise erkrankt, so, dass eine fühlbare oder sichtbare Pulsation entsteht, an welcher der ganze Tumor Antheil nimmt. Letzteres ist dasjenige, was schon Bell *Aneurysma per anastomosin* genannt hat. Dieser eben genannte Wundarzt hat nachgewiesen, dass Geschwülste solcher Art in ihrem Innern zahlreiche Zellen haben, mit denen die Blutgefässe in Verbindung stehen, ungefähr so, wie es im Kamme des Puterhahns oder im *Corpus cavernosum* natürlich ist, und dieser Analogie zufolge sind diese Tumoren von Wardrop, Dupuytren und Andern erektile Geschwülste genannt worden."

„Die Gefässmuttermäler, mochten sie pulsirend sein oder nicht, sind jedoch immer ein Gegenstand des Streits gewesen. Ich glaube meinerseits bestimmt annehmen zu dürfen, dass im Allgemeinen solche Zellen im Tumor nicht vorhanden sind, sondern dass er nur aus erweiterten Blutgefässen besteht. So fand Curling in einem Falle, der vor Kurzem vorkam, dass die Masse aus erweiterten Blutgefässen und Zellgewebe gebildet war. In einigen wenigen Fällen sind unregelmässige Höhlen vorhanden, welche wahrscheinlich sehr erweiterte Venen sind, indem sie mit den sich windenden Venenästen zusammenhängen und, da sie Blutgerinnsel enthalten, bei einem queren Durchschnitte gleich den gewundenen Gefässen in den Saamenbläschen Zellen darzubieten scheinen. Man hat sehr selten Gelegenheit, solche Blutgefässgeschwülste anatomisch zu untersuchen. Mir wurde es vergönnt, bei einer Geschwulst, die mehrere Zoll im Durchmesser hatte und nicht weniger als 2 Zoll dick war; sie war angeboren, hatte aber eine Zeit lang sehr zugenommen, ehe der Kranke, ein 7 Jahr alter Knabe, zu mir gebracht wurde, und es waren zahlreiche Gefässe, die von Zeit zu Zeit stark bluteten, äusserlich an der Haut zum Vorschein gekommen. Ich entfernte den Tumor durch Ligatur, und bei genauer Untersuchung fand man deutlich neben den erweiterten Gefässen mehrere Zellen, die geronnenes Blut enthielten; aber man konnte deutlich erkennen, dass diese Zellen nur sehr bedeutende variköse Erweiterungen der schon erweiterten Gefässe waren; ihre Struktur war identisch mit der der übrigen Gefässe, so dass sie in dieser Beziehung vollkommen denen glichen, welche Bell und Wardrop beschrieben haben."

„Neben diesen Zellen fanden sich jedoch auch noch einige andere Kysten, welche nur eine seröse Flüssigkeit enthielten, und welche vollkommene geschlossene Säcke darboten; diese wirklich serösen Kysten hatten die Grösse einer kleinen Erbse bis zu der einer Bohne. Es

können alle Tumoren Kysten bilden, besonders, wenn sie ohne äussern Druck fortwachsen, wie z. B. innerhalb einer Höhle, so dass selbst diese dichten, fibrösen Tumoren Kysten haben, die bisweilen so gross sind, dass sie mehrere Pint Flüssigkeit enthalten. Im Zellgewebe finden sich oft seröse Kysten; und zwar bisweilen viele neben einander, so dass sie einen halb soliden, aus mehreren Kysten bestehenden Tumor zu bilden scheinen."

„Was nun unsere Kranke betrifft, so enthielt ohne Zweifel die Masse, die den Nävus darstellt, mehrere Kysten, und zwar, wie aus der Betastung hervorgeht, einige von ziemlich grossem Umfange. Das Vorhandensein von Kysten machte die Diagnose in gewissem Grade schwierig, so dass in diesem unserem Falle der Tumor zuerst als eine Fettgeschwulst bezeichnet worden ist, zu welcher Meinung die elastisch sich anfühlende Textur und die Wahrnehmung von Gefässbündeln Anlass gab; wahrscheinlich war auch anfangs die Menge der Flüssigkeit in den Kysten geringer als jetzt, so dass damals die Fluktuation nicht so bemerklich war. Diese Fluktuation ergab uns also mit Bestimmtheit das Dasein von Flüssigkeit; jedoch da die Kranke mehrere Entzündungsanfälle ausgehalten hat, so war ich nicht recht sicher, ob die Flüssigkeit nicht in Eiter bestände; denn ein chronischer Abszess innerhalb einer abnormen, mit Nerven nicht versehenen Masse kann wohl ohne Röthe und Schmerz sich bilden. Ich entschloss mich jedoch, in die Kysten einen Einstich zu machen; ich senkte da, wo die meiste Schwappung war, eine gefurchte Nadel ein, und es trat ½ Unze einer strohfarbigen, klaren Flüssigkeit aus; später wiederholte ich die Punktionen und liess noch zweimal einige Drachmen Flüssigkeit aus. Dabei liess ich aber täglich die Geschwulst stark reiben, um sie in Entzündung zu versetzen. Nach einigen Tagen wurde in der That der Tumor heiss, roth und schmerzhaft; die Warzen vergrösserten sich, und auf der Oberfläche der Haut zeigten sich viele Gefässbündel, wie am unteren Theile des Arms, und alle schon vorhandenen Gefässbündel und Gefässäste wurden grösser; trotz dessen aber füllte sich die Kyste von Neuem, und es bildeten sich zwei Kysten daneben. Ich veränderte nun den Plan in gewissem Masse; ich machte nämlich von Neuem einen Einstich in die Kysten, entleerte sie, liess sie dann stark reiben, und legte nun eine dicke Kompresse auf, um die Wände der Kyste in Kontakt zu bringen; auf diese Kompresse legte ich eine lange Holzschiene, die ich durch Pflaster und eine Binde befestigte. Dieses Verfahren hatte den besten Erfolg; die Kysten wurden obliterirt, es

bildete sich keine Entzündung weiter; die verschiedenen Gefässe der Kutis und die Wärzen haben ihre frühere Grösse wieder erreicht, und die Kranke kann den Arm ohne Beschwerde gebrauchen. Die Masse fühlt sich gleich und elastisch an, mit Ausnahme einer Stelle, wo vielleicht noch eine Kyste vorhanden zu sein schien, die aber späterhin sich nur als verdichtetes Zellgewebe erwies. Damit entliess ich die Kranke, indem ich ihr ansagte, nach 14 Tagen wieder zu kommen, um das Weitere zu veranlassen. Sie hat sich aber nicht weiter blikken lassen."

„Möglich, dass sich wieder von Neuem Kysten in der Masse bilden werden oder gebildet haben; möglich aber auch, dass die Wände der Kysten mit einander verwachsen sind. Auf Letzteres muss man immer ausgehen, und also ungefähr auf dieselbe Weise verfahren, wie bei der Radikalheilung der Hydrokele. Da, wo es nicht gelingt, durch Reibung und Druck, nachdem die Flüssigkeit entleert worden, die Kyste in Entzündung und Adhäsion zu versetzen, muss man darauf ausgehen, sie durch Eiterung zu zerstören. Wie es geschieht, entweder mittelst eines Haarseils, oder durch einen Einschnitt in die Kyste und Ausfüllung derselben mittelst Scharpie, ist gleichgültig."

IV. *Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.*

1. Ueber Irresein oder Geistesverrücktheit bei Kindern, von Dr. Woodward in Worcester in Nordamerika.

In dem Berichte des eben genannten Autors über das staatliche Irrenhaus zu Worcester (welcher Bericht sich im *American Journal of Medical Science* findet), spricht der Verf. sich folgendermaassen aus:

„Es giebt noch eine Klasse von Unglücklichen in den Irrenhäusern, die weit zahlreicher ist, als ich gedacht habe: die wirklich geistesgestörten Kinder. Diese Klasse von Geisteskranken bietet sicherlich dem Arzte ein grösseres Interesse dar, als die Klasse der Blödsinnigen. Seitdem ich mit dem Hospital in Worcester in Verbindung stehe, bin ich wegen einer ziemlich grossen Anzahl von Kranken dieser Art um

Rath gefragt worden. Diese kleinen Geisteskranken haben anscheinend klug aussehende Gesichter, einen wohl aussehenden Körper, einen gut entwickelten Kopf und eine gewisse Lebendigkeit. Ihre Bewegungen sind frei, leicht und anmuthsvoll; viele von ihnen sind hübsch, ja schön zu nennen; im Allgemeinen sind sie ruhelos, reizbar, sehr leicht zu erzürnen, und selten lernen sie sprechen. Bisweilen scheint es auch, als ob sie nicht hören, so sehr sind sie mit sich selber beschäftigt und so wenig aufmerksam zeigen sie sich für die äusseren Dinge. In einigen Fällen tritt die Geistesstörung erst dann einigermaassen vor Augen, wenn die Kinder in das Alter treten, wo die Geistesentwickelung überhaupt sich mehr bemerkbar macht. Bisweilen geschieht dieses ohne vorangegangene auffallende Erscheinungen; in einigen Fällen zeigten sich epileptische Anfälle vorher, und man schrieb dann wohl den Anstrengungen oder der Instrumentalhülfe bei der Entbindung diese späterhin eintretenden Krämpfe zu. Wie dem auch sei, es wird Niemand dieses Irresein der Kinder mit Blödsinn verwechseln; die Kinder sehen anders aus, haben einen anderen Gang und eine andere Entwickelung des Geistes und Körpers, als die Blödsinnigen. Auf einige von diesen Kindern hat eine ärztliche Behandlung einen guten Einfluss gehabt; ich habe gerade jetzt ein Kind der Art zu behandeln, von dem ich die beste Hoffnung hege; es leidet an Epilepsie; ich glaube, ich werde es davon heilen, und dann wird der Unterricht das Uebrige thun. Gleich andern Geisteskranken können auch solche Kinder durchaus nicht auf einen Gegenstand ihre Aufmerksamkeit lange fesseln; sie bewegen sich mit grosser Schnelligkeit von einem Gegenstande zum anderen, und sind sehr ungeduldig und wankelmüthig; eben so sind sie unfolgsam, weil sie leicht das vergessen, was ihnen erlaubt oder verboten ist. In manchen von diesen Kindern sind gewisse Geistesfähigkeiten mehr entwickelt als in anderen. Ein Knabe, wegen dessen ich um Rath gefragt wurde, war nicht im Stande, artikulirte Laute nachzuahmen, und hat also niemals sprechen oder lesen gelernt; aber für viele Dinge hatte er Aufmerksamkeit und Nachahmungstrieb, namentlich für gewisse mechanische Fertigkeiten, Zeichnen u. s. w. Er hat viele Spuren seiner Geschicklichkeit hinterlassen; man sieht noch von ihm Gitter, geschmackvolle Zäune u. s. w.; jetzt muss er sich im Mannesalter befinden, ich weiss aber nicht, was aus ihm geworden ist."

„Vor wenigen Tagen habe ich einen sehr interessanten Fall dieser Art gesehen, nämlich ein 12 Jahre altes Mädchen, das einen wohlgestalteten Kopf, ein verständiges und hübsches Gesicht, ein glänzendes

schwarzes Auge, und leichte, anmuthige Manieren hat. Diese junge Person ist bescheiden und gehorsam, artig und liebevoll, und gewöhnlich ruhig und nicht überlästig; aber sie wird leicht aufgeregt, schnell ungeduldig, wenn sie etwas thun soll, giebt sie einen Laut von sich, aber ist nicht im Stande zu artikuliren. Sie eilt beständig von einer Sache zur andern, und ist gleichwie ein Geisteskranker von einem unaufhörlichen Drange getrieben, mit den Dingen stets zu wechseln. Sie liebt die Musik, horcht mit grossem Ergötzen auf die Töne des Piano, fühlt eine unwiderstehliche Begier selbst zu spielen, und schlägt auf die Tasten mit grosser Lust und Selbstzufriedenheit. Als sie mich besuchte, ergriff sie die Glockenschnur, die im Zimmer hing, und freuete sich sehr, als es recht lebhaft klang, und wollte gar nicht damit aufhören. Sie ist stets thätig, hat für keine Sache grosse Aufmerksamkeit und nie Unterricht gehabt. Solche Fälle bieten ein lebhaftes Interesse dar, und ich darf deshalb noch einen hinzufügen. Ein Kind, 2 Jahre alt, wurde vor Kurzem auf Verlangen des Hausarztes zu mir gebracht. Das Kind kann nicht sitzen, kann seine Glieder nicht brauchen, und nicht sprechen; es hat aber sonst ein kluges, durchaus nicht blödsinniges Aussehen. Dagegen hatte es einen höchst merkwürdigen, wahrhaft komischen Trieb, die Bewegungen, Geberden und Stellungen eines Anderen nachzumachen. Ich war bei meinen Versuchen wirklich überrascht, als ich fand, dass das Kind nicht allein Alles, was ich that, ganz genau nachahmte, sondern damit auch einen so schelmischen Ausdruck im Gesichte verband, als ob es sich wirklich dabei zu ergötzen schien. Wird dieses Kind nun vollkommen ruhig gehalten, so ist vielleicht einige Hoffnung vorhanden, dass es mit ihm besser werde. Jedenfalls sind diese Beispiele und ähnliche nicht Blödsinn zu nennen, sondern gehören in die Kategorie des spezifischen Wahnsinns."

---

2. Ueber Einklemmung einer angeborenen Hernie bei einem 6 Wochen alten Kinde, welche eine Operation nothwendig machte.

Am 10. Mai, erzählt Hr. James Long in dem *Provincial Medical and Surgical Journal*, wurde ich zu einem Knaben gerufen, der 6 Wochen alt war; er hatte die ganze Nacht geschrieen, weder Koth noch Blähungen von sich gegeben, sehr gedrängt und zuletzt eine gelbliche Masse ausgebrochen. Ich fand an der rechten Seite

eine Skrotalhernie von der Grösse eines Hühnereies; ein grosser Theil dieser Geschwulst konnte mit grosser Anstrengung reduzirt werden, aber eine Portion blieb zurück und konnte auf keine Weise zurückgebracht werden. Diese zurückgebliebene Portion war äusserst empfindlich bei der Berührung und schien dem Gefühle nach in einem eingeklemmten Bruche zu bestehen. Nachdem Bäder, Umschläge, Klystiere vergeblich angewendet worden waren, der Zustand aber sich immer mehr verschlimmerte, entschloss ich mich, den Bruchschnitt zu machen. Am 11ten that ich dies auf gewöhnliche Weise, und da ich es unmöglich fand, den Darm ohne Eröffnung des Sackes zurückzubringen, musste ich diesen auch aufschneiden. Ich fand darin eine Darmschlinge von weinrother Farbe mit dem Hoden durch eine Art Pseudomembran verbunden, welche aber leicht durchrissen wurde. Kaum hatte ich die Striktur durch einen Schnitt erweitert, so trieb das Geschrei des Kindes mehrere Darmschlingen nieder, und es war daher äusserst schwierig, unter diesen Umständen alle die Darmschlingen wieder zurückzubringen; endlich fiel das Kind in eine Art Ohnmacht, und nun gelang die Reposition. Es wurden drei Suturen, Kompresse und Binde angelegt. Das Kind bekam nichts weiter als Grützwasser, und erst am folgenden Morgen wurde der Mutter gestattet, ihm die Brust zu geben. Alles ging gut; am 13ten wurden die Nähte entfernt; am 14ten wurde 1 Theelöffel voll Rizinusöl eingegeben, und am 17ten war das Kind vollständig geheilt.

---

3. Zur Behandlnng der subkutanen Muttermäler.

Nach einer Schilderung der sogenannten Muttermäler, die in Gefässgeschwülsten bestehen, welche nicht in der Haut, sondern unter derselben ihren Sitz haben, bemerkt Sir B. Brodie in seinen neuesten Vorlesungen über Pathologie und Chirurgie Folgendes: Sie können solche Nävi sehr leicht durch Aetzung heilen. Ich bediene mich zu solchem Zwecke eines sehr schmalen Messers, das kaum $\frac{1}{4}$ Zoll breit ist. Dieses Messer steche ich mitten in den Nävus hinein und bewege es nach verschiedenen Richtungen, gleichsam, um das Innere des Tumors nach mehreren Richtungen hin zu durchschneiden. Dann nehme ich eine Sonde, die ich mit ihrem stumpfen Ende in Höllenstein, der in einem Platinalöffel zum Schmelzen gebracht worden, getaucht ist. Die so bewaffnete Sonde wird in die Stichwunde, die mit dem schma-

len Messer gemacht worden, hineingeführt und nach verschiedenen Richtungen hin und her bewegt, so dass überall, wo die Blutgefässe vom Messer durchschnitten worden sind, auch das Aetzmittel hindringen kann. Es entsteht hierauf Entzündung und Vereiterung, wobei sich zugleich die Gefässe unterhalb der Geschwulst schliessen. Sobald der Schorf sich abgestossen hat, folgt einige Tage lang eine geringe Eiterentleerung, und ist der Tumor nur klein, so wird er alsdann geheilt sein; ist er aber gross, so muss man das Verfahren wiederholen. Ich habe bei mehreren Gelegenheiten mich dieses Verfahrens mit Nutzen bedient, besonders, wenn das Muttermaal im Antlitz gewesen war, wo es von grosser Wichtigkeit ist, die Haut nicht zu zerstören. Entfernt man einen dieser Tumoren, entweder mit dem Messer oder mit der Ligatur, so wird man in diesem Falle eine grosse Narbe bewirken; wendet man aber das Aetzmittel auf die hier eben beschriebene Weise an, so erhält man die Haut. Ich wurde vor Kurzem zu einem kleinen Kinde gerufen, welches einen subkutanen Nävus an der Nasenspitze hatte und dadurch sehr entstellt wurde. Bei weitem der grössere Theil der Nasenflügel war mit in die Geschwulst begriffen, und ein Ausschneiden desselben würde dem Kinde eine sehr übele Narbe hinterlassen haben. Ich verfuhr auf die hier eben angegebene Weise; es wurden mehrere Operationen erfordert, aber das Kind wurde vollständig geheilt, und die Spur, die man jetzt noch an der Nase sieht, ist so unbedeutend, dass man sie nur bemerkt, wenn man darauf hingewiesen wird. Ich habe einen sehr bedeutenden subkutanen Nävus, der eine sehr grosse Portion des Gesichts einnahm, auf dieselbe Weise zerstört, ohne dass eine Narbe von Bedeutung zurückblieb. Bemerken muss ich noch, dass, wenn ich eben vom Schorfe gesprochen habe, der sich nach der subkutanen Aetzung abstösst, und von der Eiterung, die darauf folgt, ich natürlich nur den Einstichspunkt meine, auf welchen sich der Schorf ansetzt, und aus dem der Eiter herauskommt.

---

4. Ueber die Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen, deren Natur und Behandlung.

Bei dem jetzigen Zustande unseres Wissens über die Pathologie der Zellgewebsverhärtung Neugeborener halte ich, schreibt Hr. T. Ogeier Ward in der *London Medical Gazette* (Juli 1846), folgenden Fall von partieller Verhärtung für interessant, insofern er zeigt,

dass in dieser Form die Krankheit, wenn nicht entzündlich in ihrem Ursprunge, doch in weiterem Verlaufe einen entzündlichen Charakter annehmen kann. Die Mutter des kleinen Kranken, eine sehr korpulente Frau, wurde nach 24stündiger Geburtsarbeit entbunden; in den letzten 18 Stunden, in denen die Geburt keine Fortschritte machte, stellte das Kind auf dem Steisse sich dar, welcher Theil durch das Becken eine sehr bedeutende Kompression erlitt, denn der Steiss sass fest eingekeilt unter dem Schaambogen; bei jeder Wehe trat sogenanntes Kindespech aus demselben, und nach der Geburt bemerkte man daselbst sehr tiefe, bogenförmige Eindrücke. Da die Mutter eine grosse Familie hatte, so wollte ich nicht eher mit der Kunsthülfe eintreten, bis ich die Wehen schwach und unregelmässig fand, und selbst Mutterkorn nichts auszurichten vermochte. Mit grosser Mühe brachte ich das eine Bein des Kindes herab und dann das andere, und entwickelte hierauf das Kind ohne Schwierigkeit. Da die Blutung der Mutter mich sehr in Anspruch nahm, so besichtigte ich das Kind erst später, und fand die komprimirten Theile, namentlich die Steissgegend, hart und mit Blut infiltrirt, und ich verordnete hiergegen einige warme Fomente. Etwa 2 Tage später zeigte mir die Mutter eine rothe, harte Anschwellung vorn am Oberschenkel von der Grösse einer Haselnuss, welche Anschwellung die Streckung des Beines verhinderte, und von der ich geglaubt haben würde, dass sie ebenfalls durch den Druck meines Fingers beim Herabholen der Beine bewirkt worden sei, wenn ich nicht eine ganz ähnliche Geschwulst über dem rechten Schlüsselbein, und mehrere kleine erbsengrosse an den Seiten des Halses, auf dem Rücken und den Beinen bemerkt hätte. Alle diese Geschwülste zusammengerechnet würden ungefähr $\frac{1}{15}$ der ganzen Körperfläche einnehmen. Am Halse begann eine der Geschwülste in Eiterung überzugehen; mehrere andere entzündeten sich später, und es dauerte drei Monate, ehe sie alle nach und nach verschwanden. Die Behandlung bestand in milden Abführmitteln und örtlichem wiederholten Reiben, und Anwendung von Kataplasmen oder reizenden Pflastern, um die Geschwülste in Entzündung zu versetzen. Ich denke mir, dass dieser Fall wohl dazu dienen könne, einiges Licht auf die Pathologie und Behandlung der Zellgewebsverhärtung Neugeborener zu werfen.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

A. *Société de Médecine pratique* in Paris.

1. Ueber den Hospitalbrand bei Kindern.

Hr. Guersant berichtet, dass in dem *Hôpital des Enfans*, in demjenigen Saale, worin sich die Skrophelkranken befinden, eine eigenthümliche Art Hospitalbrand herrschend gewesen ist (im März dieses Jahres). Dieser Brand ist zu allen skrophulösen Geschwüren hinzugekommen, und war mit übergrosser Schwäche und Hinfälligkeit begleitet. Tonika, Wein, China innerlich, ferner Zitronensaft, Chinaabkochungen u. dergl. äusserlich, hatten nicht den geringsten Nutzen. Bei einigen kleinen Mädchen, die sehr bedeutend an einem fortschreitenden Hospitalbrande litten, hielt man sich für berechtigt, Amputationen vorzunehmen, in der Hoffnung, durch Beseitigung des Infektionsheerdes die Kranken zu retten. Man hat diese Operation an 5 Kindern gemacht; aber 3 davon sind gestorben, ein 4tes kränkelt noch jetzt fort, und es ist auch nur wenig Hoffnung, dasselbe zu retten. Nur ein einziges wurde geheilt. Diese Resultate sind um so betrübender, als im Allgemeinen in unserem Kinderhospitale die Operationen ein sehr glückliches Resultat liefern. So z. B. sind von 20 Amputationen der unteren Gliedmaassen 18 vollständig gelungen, so dass nur auf 10 Amputirte, und im Allgemeinen, wenn man alle anderen Amputationen mitrechnet, auf 5 bis 6 Amputirte ein Todesfall kommt. Man hat sich vergeblich bemüht, die Ursache dieses Hospitalbrandes aufzufinden, und es ist höchst merkwürdig, dass das Uebel nur in den Sälen sich zeigte, wo sich die Mädchen befinden; in den Sälen der Knaben kam auch nicht ein einziges Beispiel vor. Vielleicht liegt die Ursache in der neuen Einrichtung, die man getroffen hat; die Säle sind nämlich neu, auf ebner Erde, nicht einmal auf gewölbten Kellern, und man hat sehr viele Fenster angebracht. Man hat diese Bauten vorgenommen, ohne die Aerzte zu befragen, und es ist wahrscheinlich, dass sowohl hierin, wie in dem Umstande, dass die Betten gar zu eng an einander stehen, der Grund des Uebels liegt; auch mag die Jahreszeit nicht ohne Einfluss gewesen sein. — Auf die Frage eines Anwesenden, welche Mittel angewendet worden seien, bemerkt Hr. G., dass ausser den schon erwähnten besonders das Kreosot be-

nutzt worden; in den meisten Fällen ist der Brand ein beschränkter gewesen; die Amputation hat man natürlich im Gesunden vorgenommen, und doch ist der Amputationsstumpf brandig geworden.

---

2. Ueber die purulente Ophthalmie der Kinder.

Hr. Belhomme berichtet, dass im Kinderhospitale, wie er gehört habe, die purulente Ophthalmie sehr häufig und bisweilen so heftig sei, dass die Kinder davon erblindet werden. Ist diese Ophthalmie vielleicht, wie der eben beschriebene Hospitalbrand, der Konstruktion oder der üblen Lage des Hospitals zuzuschreiben? — Hierauf erwiedert Hr. Guersant, dass er allerdings eine sehr grosse Zahl von purulenten Ophthalmieen zu behandeln hatte, und dass trotz des eindringlichsten Verfahrens in manchen Fällen der Verlust des kranken Auges nicht zu verhüten gewesen. Er hat gefunden, dass ein sehr energisches Eingreifen nothwendig sei, und dass das beste und sicherste Verfahren darin bestehe, die innere Fläche der Augenlider mit Höllenstein zu ätzen. Diese Aetzung müsse alle 2 — 3 Tage wiederholt werden; ist die Krankheit nicht sehr intensiv, ist der Eiterausfluss nicht sehr bedeutend, so kann man sich mit einer Höllensteinauflösung als Augenwasser begnügen. Diese Ophthalmie ist übrigens ansteckend; mehrere von den Pflegeschwestern und Wärterinnen des Hospitals sind davon ergriffen worden, und einige sind sogar daran erblindet, und es ist höchst wahrcheinlich, dass durch Berührung der Augen mit den vom Eiter beschmutzten Fingern, wenn sie nach dem Verbinden der Kinder das Abwaschen versäumten, sie die Krankheit sich zugezogen haben. — Hr. Dancel sagt, er habe einen Mann behandelt, der in das Hospital gegangen war, um seinen dort liegenden Sohn, der an der Ophthalmie litt, zu besuchen, und der darauf dieselbe Krankheit bekommen habe. — Hr. Guillonne rathet nach Mayor, ein mit Kalomel oder mit schwefelsaurem Zinke bepudertes, feines Scharpiebündel zwischen die Augenlider zu schieben, und diese dann geschlossen zu halten.

B. *Société de Chirurgie* in Paris.

1. Ueber die Telangiektasieen oder die Blutgeschwülste der Kinder und deren Behandlung.

Hr. Robert richtet die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf diesen Gegenstand. Er hat in diesem Augenblicke ein drei Monate altes Kind zu behandeln, welches 12 Blutgeschwülste an sich gewahren lässt. Diese Geschwülste sind nicht angeboren, wie man glauben könnte, sondern sie haben sich erst später entwickelt, und scheinen noch nicht vollständig ausgebildet zu sein. Zuerst sieht man einen Fleck wie einen kleinen Flohstich, und wenn man diesen mit der Lupe untersucht, erkennt man eine kleine höckerige Geschwulst, auf der sich eine grosse Menge knotiger Gefässe bemerkbar macht; auf der linken Hinterbacke sieht man eine solche Geschwulst, die sich entzündet hat und in der Mitte vereitert ist, und es ist sonderbar, dass, während hierdurch die kleine Geschwulst in der Mitte geheilt ist, sie in ihrem Umfange zu wachsen fortfuhr. Hr. R. hat hier die Vakzination versucht, und zwar mittelst eines kleinen Einstichs; der Einstich gab viel Blut, aber es entwickelte sich doch eine grosse Vakzinepustel auf der kleinen Geschwulst, obgleich die grosse Blutung, welche auf den Einstich gefolgt war, einen solchen Erfolg bezweifeln liess. Er war auch geneigt, die Pustel für keine Vakzinepustel zu halten, aber eine neue Impfung, die er späterhin vornahm, hatte keinen weiteren Erfolg.

Hr. Nelaton bemerkt, er habe solche Blutgeschwülste, die auf der Stirne eines Kindes sassen, mit der Wiener Aetzpaste behandelt; es folgten darauf kleine weisse Narben, die späterhin von Haaren bedeckt wurden. Er habe, sagt er, schon zweimal Gelegenheit gehabt, diese Erscheinung zu bemerken, die er sich dadurch erklärt, dass bei den Neugeborenen und ganz jungen Kindern die Stirne eine verhältnissmässig bedeutendere Grösse hat, als bei Erwachsenen, dass aber in dem Maasse, wie das Kind aufwächst, die Haare mehr die obere Parthie der Stirne einnehmen, so dass die daselbst vorher gebildeten Narben endlich vollständig davon bedeckt werden.

Hr. Guersant bemerkt, dass man gewöhnlich die Anwendung von Aetzmitteln im Gesichte fürchtet, und zwar wegen der schlechten Narben und dann auch wegen des Erysipelas, die entstehen können. Er aber habe niemals diese Zufälle zu beklagen gehabt; er habe im-

mer weisse, flache und regelmässige Narben erlangt, und er halte es für recht, hierauf aufmerksam zu machen, damit man zur Anwendung von Aetzmitteln im Antlitze in solchen Fällen mehr Vertrauen erlange.

Hr. Robert: Das, was eben gesagt worden, ist sehr wahr und richtig; die Regelmässigkeit der Narben kommt daher, dass man mit der Aetzung gleichsam nicht mehr bewirkt, als eine Verbrennung im dritten Grade, die nicht die Kutis in ihrer ganzen Dicke betrifft. Es könne aber kommen, dass die Blutgeschwulst durch das Geschrei oder das Zappeln des Kindes platzt, und müsse man deshalb die Vorsicht haben, sich mit einem feinen, knopfartig gestalteten Glüheisen zu versehen, im Fall eine heftige, nicht stillbare Blutung eintritt. Unter gewissen Umständen, z. B. wenn der Tumor auf den Augenlidern sitzt, habe er die Wiener Aetzpaste in Form eines festen Stiftes angewendet, und davon sehr gute Resultate erlangt. Auf folgende Weise ist hierbei zu verfahren: Man nehme ein kleines Stückchen Diachylumpflaster, in das man ein Loch hineinschneidet, welches der Grösse der Geschwulst angemessen ist; damit bedecke man die Stelle, so dass die Geschwulst ganz oder zum Theil zu dem Loche herausragt; dann wendet man nach Belieben das Aetzmittel an; man werde mit dem Erfolg immer zufrieden sein.

Hr. Guersant erwiedert hierauf, dass er auf die Anwendung von Aetzmitteln zwar bisweilen habe Blutung folgen sehen, aber dass dann immer ein Druck und Auflegen von Feuerschwamm hinreichend gewesen sei. Bei grösseren vaskulösen Geschwülsten will er jedoch das Durchziehen von kleinen Haarseilen, um den Tumor in Eiterung zu versetzen, vorziehen, eben weil bei solchen Geschwülsten die Aetzung bedeutende Blutungen hervorrufen könnte.

Hr. Monod rühmt das Einreiben von Aetzkali auf die Oberfläche solcher Geschwülste; dadurch werde auch eine Entzündung der Gefässe bewirkt, ohne dass eine tiefe Narbe darauf folgt.

---

2. Erektile oder Gefässgeschwülste, behandelt durch Einschiebung heisser Nadeln.

Hr. Lenoir zeigt ein 9 Monate altes Kind, welches in der Gegend der linken Parotis eine erektile Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies hat. Diese Geschwulst scheint vorzugsweise venös zu sein,

wie die Turgescenz und die bläuliche Färbung beweist, die sich einstellt, wenn das Kind schreit. Dieser venöse Charakter, so wie die Furcht vor einer möglichen starken Blutung, seien Gründe für ihn, sagt Hr. L., das von Hrn. Berard empfohlene Verfahren, heisse Nadeln einzusenken, in Anwendung zu bringen.

Hr. Berard, der gegenwärtig ist, billigt sehr dieses Verfahren, das er Akupunktur mit Kauterisation nennt. Er selber hat schon dieses Verfahren in zwei Fällen gegen kutane und subkutane erektile Geschwülste angewendet. Unzufrieden mit den von Vielen empfohlenen dünnen Haarseilen, die bisweilen gefährliche Blutungen veranlassen, und in zwei Fällen sogar durch Eiterinfektion den Tod herbeigeführt haben, war er schon vor 10 Jahren auf die Idee gekommen, das Innere dieser Geschwülste zu kauterisiren. Seine ersten Versuche hatten erektile Geschwülste zum Gegenstande, welche dem Verfahren Lallmands selbst nach Einführung von 50—60 Nadeln widerstanden hatten. Man habe darauf versucht, diese Nadeln vorher mit ätzenden Substanzen zu bewaffnen, bald mit Schwefelsäure, bald mit salpetrigsaurem Quecksilberoxydul; ja er habe sich sogar feine Stängelchen von Aetzkali bereiten lassen, und habe diese in das Innere der Geschwulst eingeschoben. Dadurch habe er allerdings mehrere Heilungen bewirkt, aber es sei noch viel zu wünschen übrig geblieben, und obwohl in keinem Falle der Tod erfolgte, so wurden doch mehrere Kinder dadurch in einen so argen und unruhigen Zustand versetzt, dass er von dem Verfahren wieder abgegangen sei. Darauf sei er auf den Gedanken gekommen, die Nadeln selber glühend zu machen und sie glühend einzusenken, um auf diese Weise nicht nur die Blutungen zu verhüten, sondern zugleich eine adhäsive Phlebitis zu bewirken. Da nun die Nadeln wegen ihrer geringen Metallmasse zu schnell erkalten, so habe er das eine Ende jeder Nadel mit einer Metallkugel versehen, die an- und abgeschraubt werden konnte. Diese Metallkugel wird dann über einer Spirituslampe glühend gemacht, und dient gleichsam als Behälter der Hitze, woran die Nadel Theil nimmt. Die Nadeln selber bestehen aus Platin, um der Oxydation zu widerstehen, und sind dreischneidig. Er habe, berichtet Hr. B., mittelst dieses Verfahrens vor Kurzem mehrere Kinder geheilt, ja er habe auch vor Kurzem eine Dame, die eine erektile Geschwulst auf der einen Gesichtshälfte hatte, dadurch hergestellt. Er müsse bemerken, dass bisweilen das Zurückziehen der Nadeln eine Blutung zur Folge hatte, dass aber dann nur ein mehrmaliges Einsenken glühender Nadeln in denselben Stich-

kanal nothwendig sei, um die Blutung sogleich zum Stillstande zu bringen. Bisweilen sitzen die Nadeln fest, und es ist schwer, sie herauszuziehen, und dieses geschieht besonders dann, wenn man die Nadeln einige Zeit in den Texturen verweilen liess.

Hr. Guersant bemerkt, er habe eine grosse Menge von erektilen Geschwülsten mit dem Haarseile behandelt, und allerdings in zwei Fällen die Kranken durch Eiterinjektion verloren. Er habe darauf der Anwendung des Haarseils entsagt, und er nehme nun so oft als möglich zur Aetzung mit der Wiener Paste seine Zuflucht, die ihm auch vollkommen genüge, und die er nur bei sehr grossen Geschwülsten nicht für anwendbar halte. Blutungen habe er niemals auf die Anwendung der Haarseile eintreten sehen, und es sei auch keineswegs die Furcht vor dieser Blutung, die ihn von diesem Mittel abgebracht.

C. *Société médicale d'Emulation* in Paris.

1. Auswurf von Bronchialdrüsen.

Hr. Barth theilt einen Fall mit, wo ein kleines Mädchen einen Erstickungsanfall bekam, der mit dem Tode drohte. In ihrem heftigen Kampfe hustete die kleine Kranke plötzlich ein Stück einer Bronchialdrüse aus, worauf die Erstickung sogleich nachliess. Zwar folgten später noch zweimal solche Auswürfe, aber die Kranke starb endlich doch in einem komatösen Zustande.

Hr. Piedagnel bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass man noch nirgends eine Darstellung der fremden Körper, welche in den Lungen vorkommen, findet. Er habe in den Annalen der Wissenschaft eine grosse Anzahl von Fällen gesammelt, wo die fremden Körper theils von aussen in die Lungen gekommen sind, theils, wenn man so sagen darf, von innen sich gebildet haben. Hierher gehören: 1) ein Fall von Auswurf tuberkulöser Bronchialdrüsen; 2) zwei Fälle von Pneumonie, von denen die eine durch eine Bohne, die andere durch den Wirbelkörper eines Fisches, welche in die Lunge gerathen waren, bewirkt worden sind; 3) Beispiele von Auswurf brandiger Lungenparthieen; 4) ein neuerlich beobachtetes Beispiel von Auswurf einer Hydatide aus den Lungen.

---

2. Intermittirende Erstickungsanfälle, geheilt durch den Wiedereintritt eines Exanthems.

Hr. Gillette erzählt folgenden Fall. Ohne bekannte Ursache wurde ein 18 Monate altes Kind, das sich übrigens ziemlich wohl befand, plötzlich von Erstickung mit einer Art Schluchzen befallen, jedoch wie es schien, ohne das Bewusstsein zu verlieren. Diese Erstickungsanfälle wiederholten sich täglich eine ganze Woche hindurch, ohne dass irgend ein Mittel dagegen half. Da bemerkte die Amme, dass das Kind im Gesicht eine Flechte gehabt habe, und dass seit dem Verschwinden dieser Flechte diese Krampfanfälle eingetreten seien. Ohne darauf grosses Gewicht zu legen, wurde jedoch, weil alle andern Verfahrungsweisen bereits im Stiche gelassen hatten, eine Einreibung von Krotonöl, mit Mandelöl gemischt, gemacht, und in der That hörten nach Bildung eines Ausschlages die Krampfanfälle sogleich auf und kehrten nicht wieder.

D. *Medical Society* in London.

1. Ueber die Bright'sche Krankheit bei Kindern.

Hr. D. Rees bemerkt, dass er nie die Bright'sche Nierenkrankheit bei einem sehr kleinen Kinde gesehen habe; das früheste Alter, in dem sie ihm vorgekommen, sei das 13te Jahr gewesen, und zwar war in diesem Falle nicht Scharlachfieber vorausgegangen. Herr Thompson erinnert sich dagegen eines Falles von Bright'scher Nierenkrankheit bei einem 2½ Jahre alten Kinde. Der kleine Kranke litt 4 Wochen lang an Symptomen sehr verschiedenen Charakters; er befand sich stets in einer fieberhaften Aufregung, war empfindlich gegen das Licht, ruhelos, hatte eine trockne Haut, und eine Zeitlang litt er an Mangel der Urinabsonderung. Allmälig traten die Gehirnsymptome immer drängender hervor und das Kind starb. Nach dem Tode zeigte die Haut ein eigenthümliches wachsfarbiges Ansehen; das Blut war sehr flüssig; die Nierenkapsel konnte leichter als gewöhnlich abgerissen werden, die Rindensubstanz der Niere zeigte die gewöhnliche granulöse Beschaffenheit, und es ergab sich, dass nur diese Veränderung der Niere die Ursache des Todes war.

---

aus: 1) Die Purpura ist verwandt mit dem Skorbut und besteht vorzugsweise in einer Verderbniss des Bluts, in welchem sich ein Mangel an Fibrin kund giebt. 2) Ist diese Ansicht richtig, so müssen nach Berücksichtigung der ersten Wege besonders Zitronensäure und andere pflanzliche Säuren von Nutzen sein. 3) In den Fällen, in denen eine Analyse des Bluts vorgenommen war, zeigte sich dasselbe nicht immer erkrankt, so dass die Purpura entweder verschiedene Grade oder verschiedene Mischungen des Bluts darbietet. Die Behandlung hat sich darum auch so verschieden gezeigt; während Einige Abführmittel, selbst kleine Blutentziehungen empfahlen, rühmten Andere Eisen, besonders das essigsaure Eisen, und wieder Andere riethen Purganzen.

---

6. Ueber angeborene Phimose und deren eigenthümliche Wirkungen.

Hr. Golding Bird berichtet von einem kleinen 7—8 Wochen alten Knaben, der in einem komatösen Zustande zu ihm gebracht worden war. Nach Angabe der Mutter war das Kind nach seiner Geburt gleichsam stumpfsinnig und schlafsüchtig; in den letzten Tagen hatte dieser Zustand noch zugenommen; ausser der Brust bekam das Kind auch die Flasche, und die Mutter erzählt, dass es zuletzt, als es die Flasche genommen, sogleich in einen fast leblosen Zustand verfiel. Hr. B. glaubte zuerst, das Kind hätte Opium bekommen, aber eine genaue Untersuchung ergab, dass dieses nicht der Fall war. Auch hatte das Kind weder einen Schlag, noch einen Stoss auf den Kopf bekommen. Bei Eröffnung der Augenlider zeigten die Pupillen nur eine schwache Thätigkeit. Worauf deuteten die Symptome bei diesem Kinde? An einen angeborenen Hydrokephalus konnte man nicht denken, da der Kopf dazu nicht gross genug war; eine akute Krankheit konnte man auch nicht annehmen, da alle Symptome derselben fehlten. Auf die Frage, ob das Kind viel Urin lasse, gab die Mutter eine Antwort, welche direkt auf die Untersuchung der Geschlechtstheile hinführte; es fand sich eine sehr verlängerte Vorhaut mit einer feinen Oeffnung, die kaum grösser war als das Loch in einer Nähnadel. Aus diesem feinen Löchelchen tröpfelte der Urin nur mühsam aus, und es war klar, dass das Kind nie die Blase zu entleeren vermochte. Hr. H. schlitzte die Vorhaut auf, worauf alle Symptome auf der Stelle nachliessen. Dr. Bird gedenkt eines Falles, wo diese Symptome für die eines Gehirnleidens gehalten und das Kind danach be-

handelt worden war; das Kind starb, und erst nach dem Tode fand man die Ursache des ganzen Krankheitszustandes.

---

7. Ueber eine eigenthümliche Harnruhr bei Kindern.

Der Fall, der hier erzählt wird, ist wegen der grossen Menge von Harnsäure, die mit dem Urine abging, von grossem Interesse. Ein Knabe, der schmächtig war und im 11ten Jahre sich befand, hatte oft Schmerz und etwas Anschwellung im rechten Kniee empfunden, wogegen Jodine und Druck sich sehr wohlthätig erwiesen. Sonst erschien der Knabe gesund an Körper und Geist, nur dass er etwas bleich aussah und einen sehr variabeln Appetit hatte. Den Urin liess der Knabe stets in beträchtlicher Menge und pisste des Nachts nicht selten ein. In den letzten 3 oder 4 Jahren litt er häufig an Nasenbluten, weshalb er in eine Schule nach Hastings gebracht wurde, wo er Fleisch und kräftiges Bier bekam und Seebäder nahm, die auf ihn sehr wohlthätig zu wirken schienen. In den letzten $2\frac{1}{2}$ Jahren wurde er aber in seine Heimath wieder zurückgenommen. Im September 1843 wurde er von einem remittirenden Fieber befallen, welches mit Nasenbluten begann und besonders durch Chinin geheilt wurde. Im Herbst 1844 hatte er die Varizellen, die aber sehr milde verliefen. Im Anfange des Dezember 1845 erschien er kränkelnd, sah bleich aus und klagte über Schwäche, doch war er munter und tummelte sich im Garten herum. Schon jetzt wurde die reichliche Menge Urin, die der Knabe liess, sehr auffallend, und man dachte an ein Nierenleiden, aber man ging noch nicht genau in die Diagnose ein. Der Kranke bekam Chinin und schwefelsaures Eisen, welche Mittel ihm aber den Kopf etwas einzunehmen schienen; deshalb bekam er eine Dosis Bittersalz, hinterdrein etwas blaue Pille mit Rhabarber, die wohl zu wirken schien; dann bekam er Kalomel mit etwas Opium, und endlich da er sehr schwach zu werden schien, die salzsaure Eisentinktur, von der aber nach drei Tagen wieder abgestanden werden musste, weil sie dem Kranken Kopfschmerz machte. Während dieser Zeit erhielt er Fleischspeisen und Bier; da er aber fortwährend über Kälte, Frostschauer und sehr belästigendes Herzklopfen klagte, so wurde er ins Bette gebracht. Dieses geschah etwa 3 Wochen vor dem Tode, nämlich am 6. Februar. Erst am 11ten wurde ein Arzt herbeigezogen, der die Krankheit für ein Nierenleiden und eine Ueberfüllung der Leber erklärte,

Am 21sten wurde, nachdem eine sehr verschiedene Behandlung vorausgegangen, Hr. Pilcher, der diesen Fall erzählt, hinzugezogen, aber auch er konnte den Knaben nicht retten, der am 25sten in einem völlig erschöpften Zustande starb. Während der Krankheit hatte der Knabe stets sehr viel Urin gelassen, dessen genaue Untersuchung Folgendes ergab: Der Urin hat eine spezifische Schwere von 1012 und reagirte ungewöhnlich sauer; er bildete ein Sediment, das ganz aus Harnsäure in krystallinischer Form bestand. Die Menge der Harnsäure, die im Urine sich fand, war verhältnissmässig nicht zu gross; aber da der Kranke ausserordentlich grosse Mengen Urin liess, so war die absolute Menge Harnsäure, die ihm in Summa abging, ausserordentlich bedeutend. Sonst fand sich weder Oxalsäure noch oxalsaurer Kalk noch Zucker in dem Urin. Die Untersuchung des Körpers ergab folgendes Resultat: Die Lungen waren bleich an ihrer oberen Fläche, gesund und blutleer; der Herzbeutel enthielt etwas Flüssigkeit; in beiden Pleurasäcken fand sich etwas dunkelfarbiges Serum. Das Herz gesund; an der vorderen Fläche des rechten Ventrikels ein kleiner Fettauswuchs von der Grösse einer Erbse; die Leber gesund; die Gallenblase von Galle ausgedehnt; die Milz gesund, eben so der Magen. Die Gekrösdrüsen etwas angeschwollen, der Mastdarm etwas verengert, die Blase angefüllt. Die linke Niere ungewöhnlich gross, bleich und derb; die rechte Niere auch etwas verdickt; ihr unterer Rand dunkel, hart und fest, und eine stärkere Kongestion zeigend, als die andere Niere. Die Schleimhaut der Blase sehr bleich. Eine mikroskopische Besichtigung der Nierensubstanz zeigte deutlich einen anämischen Zustand derselben mit etwas Kongestion, besonders in der äusseren Fläche; an einigen Stellen waren die Tubuli etwas angefüllt mit Blut, an anderen waren sie ungewöhnlich dünn und erweitert, ohne alle Fettkügelchen; sie erschienen aufgelockert, als wären sie besonders geeignet, die Flüssigkeit durch ihre Wände hindurch filtriren zu lassen.

Zu bemerken ist noch, dass der Knabe während der Krankheit häufiges Bluten aus dem Zahnfleische hatte, dass seine Haut stets feucht war, und dass er einige Jahre vorher Masern und Keuchhusten durchgemacht hatte.

Was war nun eigentlich die Krankheit des Knaben? Hr. Pilcher sagte, er müsse zuvörderst bemerken, dass er diesen an Harnsäure so reichen Urin häufig bei Kindern angetroffen, deren Eltern gichtisch waren. Die von solchen Eltern gezeugten Kinder waren

chwächlich, bleich, zu Säurebildungen geneigt, hatten eine grosse Reizbarkeit des Magens, und zuletzt auch Störungen in der Herzthätigkeit; dann bildet sich bald Anämie aus, aber diese Anämie hat das Eigene, dass sie mit bedeutender Sekretion von Harnsäure verbunden st. Was den hier mitgetheilten Fall betrifft, so sind die Eltern des Knaben zwar nicht gichtisch gewesen, aber wohl dessen Grosseltern.

Hr. Steward hielt die Krankheit mehr für eine funktionelle als organische Störung; sie verdiene allerdings eine nähere Bezeichnung; mit Diabetes könne sie nicht verglichen werden, denn bei Diabetes ist die Haut trocken; hier aber war sie stets feucht. — Hr. Bennet fragte, ob nicht vielleicht Onanie Ursache gewesen sein mag, was aber Hr. P. verneinte. — Hr. Clutterbuck hält die Krankheit für ein organisches Leiden der Nieren, und ist geneigt, das Gehirn für den ursprünglichen Sitz des Uebels anzunehmen. Auf eine dieserhalb an ihn gerichtete Frage erklärt er sich näher. Das Gehirn ist ohne Zweifel der Sitz der Willensbewegung, des Verstandes und der Empfindung; eine Störung in der Funktion kann niemals ohne Theilnahme des Organs stattfinden, welches sonst die Funktionen regulirt. Bei jeder Störung der Funktion ist das Gehirn betheiligt; in dem erzählten Falle deuten die Paralyse der Blase und die Konvulsionen genug darauf hin. Da nichts Organisches, was Aufschluss über die Krankheit geben könnte, aufzufinden ist, so könne man nur das Gehirn beschuldigen.

Mehrere Anwesende finden diese Erklärung durchaus ungenügend. Hr. Pitcher sagt, er wolle zugeben, dass das Kind an einer Gehirnaffektion endlich gestorben sei; aber diese Gehirnstörung betrachte er mehr als das Resultat der vorangegangenen Krankheit, denn als Ursache derselben; das starke Herzklopfen ist mehr die Folge des anämischen Zustandes, und eigentliche Gehirnsymptome zeigten sich erst ganz kurz vor dem Tode; die Veränderungen, welche die Niere darbot, mögen wohl die Folge der ungewöhnlich starken Absonderung des Urins sein, und — Alles zusammen genommen — ist er (Pitcher) geneigt, den Verdauungs- und Assimilationsapparat als die zuerst und ursprünglich ergriffene Parthie anzusehen. — Dr. O. O. Rees sieht den hier erzählten Fall für *Diabetes insipidus* in einem vorgerückten Zustande an; in solchem Falle pflegt sich Harnsäure statt Harnstoff im Urin zu finden, und zwar dadurch, dass das Blut arm an Blutkügelchen ist, die nicht hinreichend Sauerstoff produziren, um den Harnstoff in Harnsäure umzuwandeln.

E. *South London medical Society.*

Anhaltende und tödtliche Blutung aus dem Zahnfleische.

Hr. Sterry erzählt folgenden Fall. Ein hübscher Knabe, 12 Monate alt, ist mit Ausnahme einiger Verdauungsstörung bis zum 9ten Monate vollkommen gesund gewesen. Jetzt begann die Dentition, und es stellten sich heftige Konvulsionen ein, die wohl 12mal an einem Tage sich wiederholten. Das Zahnfleisch wurde skarifizirt, und Blutegel wurden an den Kopf gesetzt; die Blutung war nicht von Bedeutung, und es kamen bald drei Schneidezähne des Unterkiefers hervor. Gegen Mitte Januars 1845 bekam das Kind der Angabe nach ein Oedem, von dem es geheilt wurde; es hatte immer noch mit der Dentition zu kämpfen, und am 31sten empfahl ein Arzt eine abermalige Skarifikation des Zahnfleisches; aber der Chirurg, der diese kleine Operation machen sollte, skarifizirte nicht die Gegend der oberen Schneidezähne, welche das Zahnfleisch angespannt hatten, sondern machte einen tiefen Einschnitt über dem ersten Backenzahne rechts im Unterkiefer. Es folgte eine Blutung, die ohne Unterbrechung vom 31. Januar bis zum 3. Februar anhielt und allen Mitteln trotzte. Es wurde das Glüheisen angesetzt, welches die Blutung eine Stunde lang aufhielt, aber die Oberlippe verbrannte, aus welcher, so wie aus der Wunde über dem Backenzahn nach Abstossung des Schorfes das Blut wieder zu fliessen anfing und zwei Tage lang floss, ehe das Kind zu Hrn. Sterry gebracht wurde. Dieser fand das Kind sehr unruhig, noch an den Zähnen leidend, obwohl es ausserordentlich viel Blut verloren hatte; Hr. St. skarifizirte das Zahnfleisch über den oberen Schneidezähnen, wendete aber sogleich verdünnte Salpetersäure und die Tinct. *Ferri muriatici* auf diese neue Wunde, so wie auf die ältere an, um die Blutung aufzuhalten. Die Blutung stand auch in der That eine kurze Zeit, aber am nächsten Morgen begann sie von Neuem, mit Ausnahme der Wunden an den oberen Schneidezähnen. Es wurden dieselben Mittel von Neuem angewendet; aber das Kind, das eine Menge Blut verschluckt hatte, fing an, Blut zu erbrechen und Blut aus dem Mastdarme zu entleeren; das Kind sah schon sehr angegriffen und blass aus. Man gab nun ein Terpenthinklystier und alle 2 Stunden 1 Gran Gallussäure; die Gallussäure wurde auch örtlich auf die Wunden angewendet, und hielt die Blutung eine kurze Zeit auf; bald aber kam die Blutung wieder, das Kind verfiel in Krämpfe und

starb am folgenden Tage. Eine Leichenuntersuchung wurde nicht gestattet.

Woher kam bei diesem Kinde, das weder Scharlach, noch ein Leberleiden, noch sonst eine bedeutende Krankheit gehabt hat, das Oedem? Und hat das Oedem oder die Ursache des Oedems einen solchen Einfluss auf das Blut gehabt, dass es dünnflüssiger wurde, schwerer gerann, und dass deshalb die Blutung schwerer zum Stillstande zu bringen war?

Es erhob sich über diese Fragen eine Diskussion, und die allgemeine Meinung sprach sich dahin aus, dass überall, wo kleine Wunden so heftig zu bluten fortfahren, dass die Blutung nicht leicht zum Stillstande gebracht werden kann, irgendwo ein Hinderniss in der Zirkulation, namentlich in den Unterleibseingeweiden oder in den Lungen oder im Herzen vorhanden zu sein pflegt, und dass auch wohl etwas Aehnliches bei diesem Kinde vorhanden gewesen sein mag.

VI. Miszellen und Notizen.

Essigsäure gegen *Porrigo scutulata* empfiehlt Erichson in der *London medical Gazette* als ein sehr vortreffliches Mittel. Unter *Porrigo scutulata* versteht er den ächten Erbgrind, und er glaubt, dass die Essigsäure besonders bei Kindern zu empfehlen ist, wenn sie an dieser Krankheit leiden. Der Kopf muss rasirt werden; nun wird der Kopf zuerst mit einem Theil starker Essigsäure, mit 3 Theilen Wasser verdünnt, gewaschen, durch welches Verfahren alle kranken Stellen erst deutlich hervortreten. Dann wird ein Stückchen Schwamm an ein Stäbchen befestigt, oder mit einer kleinen Zange aufgenommen und in konzentrirte Essigsäure getaucht; damit werden die kranken Stellen betupft. Die Essigsäure passt besser als Salpeter- oder Schwefelsäure, denn, während letztere Säuren die Haut verhärten und nicht tief genug eindringen, löst die Essigsäure die Epidermis und die Schorfe auf und erzeugt ein mehrere Minuten langes Brennen. Hierauf folgt eine Röthung der betupften Stelle, die Epidermis schrumpft zusammen oder erhebt sich in kleinen Blasen. Sobald man die Stellen alle gehörig und kräftig genug betupft hat, muss man 8 — 10 Tage lang gar nichts thun. Die Schorfe, die sich durch die Anwendung

der Essigsäure gebildet haben, heben sich durch Herauswachsen dieses Haars in die Höhe und müssen dann mittelst einer feinen Scheere entfernt werden. Ist dieses geschehen, so muss man die Stellen genau mit einer Lupe untersuchen, nachdem man sie vorher mit Seifenwasser rein gewaschen hat. Erblickt man noch irgend eine krankhafte Stelle, so muss man sie von Neuem mit Essigsäure betupfen; hat aber die Stelle ein gesundes Ansehen, oder ist sie nur noch geröthet, so muss man nichts anwenden, als höchstens etwas Baumöl darauf streichen. Bevor man den Kranken für gesund erklärt, muss man ganz genau die Haare untersuchen. Findet man das Haar noch krank; findet man seine Wurzel, oder die es umgebende Epidermis noch mit dem sogenannten Grindpilze besetzt, wozu man freilich das Mikroskop gebrauchen muss, so muss man die Essigsäure so lange anwenden, bis alle diese parasitischen Bildungen zerstört sind. Erst wenn dieses geschehen, kann man zu solchen Mitteln seine Zuflucht nehmen, die eine gesunde Thätigkeit in der Haut hervorrufen und das Wachsthum des Haares befördern, z. B. Jodtinktur, Salina u. s. w.

Arzneihaltige Milch und Milchkuren. Die *Gazette médicale* in Paris vom 27. Juni enthält die Nachricht, dass zu Montrouge bei Paris eine Milchheilanstalt eröffnet wurde. Es wird dort eine grosse Anzahl von Kühen, Ziegen und Eselinnen gehalten, und man kann dort nicht nur seine Kur selber durchmachen, sondern es werden auch Kinder angenommen, die des Genusses einer guten Milch bedürfen. Ausserdem sucht man der Milch gewisse Arzneikräfte beizubringen, indem man den Thieren nicht nur verschiedenes Futter, sondern auch Arzneistoffe zu fressen giebt.

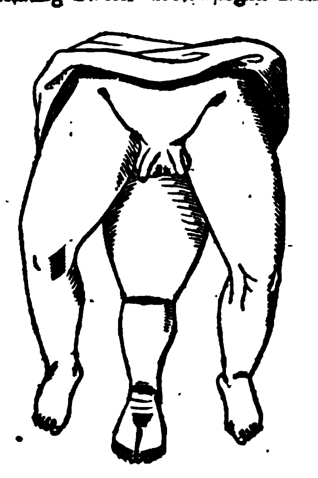
Die Masern auf den Faröer-Inseln. Aus Briefen, die aus Thorshaven, der Hauptstadt der genannten Inseln, angelangt sind, ergiebt sich, dass die Masern, die seit 1781 daselbst nicht geherrscht haben, und welche in diesem Klima immer eine sehr bösartige Epidemie annehmen, zu Thorshaven ausgebrochen sind. Es ist merkwürdig, dass diese Krankheit die Erwachsenen fast eben so häufig als Kinder befiel. Von 800 Einwohnern der Stadt sind mehr als 700 von der Krankheit ergriffen worden, und da nur zwei Aerzte sich daselbst befinden, so blieben sehr viele Kranke ohne alle ärztliche Hülfe. Täg-

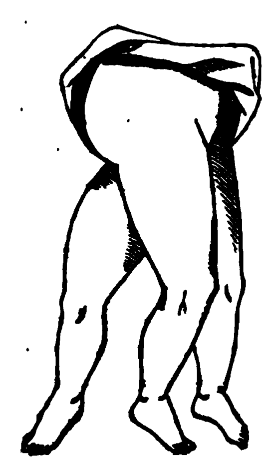
sich starben 10—15 Personen an dieser Krankheit, was eine furchtbare Sterblichkeit für eine so geringe Bevölkerung ist. Frei von dieser Krankheit blieben nur die alten Leute, welche 1781 die Krankheit gehabt, und die Fremden, welche sie auswärts überstanden haben. Die Stadt Thorshavn gewährte den traurigsten Anblick; fast von allen Häusern waren die Läden und Thüren geschlossen, weil sich keine lebende Seele mehr darin befand. Von der Stadt verbreiteten sich diese bösartigen Masern aufs Land und wütheten dort so heftig, dass sie der Wollschur, die vor sich ging, vollkommen ein Ziel setzte. Es fand dieses Ende Juni statt, und die Regierung beeilte sich, die Inseln mit allem möglichen Beistand zu versehen.

Das Kind mit drei Beinen, welches jetzt in London gezeigt wird, und von dem in dieser Zeitschrift schon einmal die Rede gewesen, heisst Johann Baptiste dos Santos, geboren am 5. September 1845, und ist der Sohn von Antonio dos Santos und Anna de Jesus, seinem Weibe; beide sind Einwohner der Quinta de Carveiras bei Faro im Königreiche Algarbien. Vater und Mutter sind gesund; der Vater ist 23 und die Mutter 22 Jahre alt; Johann Baptiste ist ihr drittes Kind; das erste, ein Knabe, 1843 geboren, vollkommen gesund, starb 17 Monate alt; das zweite Kind, ein Mädchen, 1844 geboren, lebt noch, und ist vollkommen wohl. Die Mutter kann sich keines Umstandes erinnern, der auf ihre Schwangerschaft irgend einen nachtheiligen Einfluss gehabt hätte; im Gegentheile, Schwangerschaft und Geburt gingen regelmässig und vortrefflich von Statten.

Der kleine Joh. Baptiste, jetzt 6 Monate alt, ist ein hübsch entwickeltes, gesundes und lebhaftes Kind. Es hat sehr gute Züge, kluge, verständige Augen, und an viele Besuche gewöhnt, ist es bereits freundlich mit Allen, die sich ihm nahen. Kopf, Arme und Rumpf sind vollständig entwickelt und normal gestaltet; eben so sind die beiden Beine wohl proportionirt. Es ist aber noch ein drittes Bein vorhanden, welches zwischen den beiden gewöhnlichen Beinen sich befindet, und von diesen, wenn sie neben einander liegen, fast versteckt ist und verborgen wird. Dieses überzählige Bein wird durch eine etwa $\frac{1}{2}$ Zoll dicke Membran an den Körper befestigt; es ist fast eben so lang wie die beiden anderen Beine, aber fast zweimal so dick; es scheint auch aus einer weichern Masse zu bestehen, obgleich man überall die Beine durchblickt. Es hat die gewöhnlichen

Theile und Gelenke, endigt aber in einen breiten, fast viereckigen, mit 11 Zehen in einer Reihe versehenen Fuss. Aus dieser Zahl von Zehen, so wie aus dem Umfange und der Gestalt des ganzen Gliedes erkennt man bald, dass das überzählige Bein eigentlich aus einer Verschmelzung zweier überzähligen Beine hervorgegangen ist.





Viele von den Wundärzten, welche das Kind gesehen haben, waren der Meinung, dass das überzählige Bein mit ziemlicher Sicherheit amputirt werden könnte; die meisten Wundärzte waren aber durchaus gegen eine Operation, die ihrer Ansicht nach sogleich den Tod herbeiführen würde. Diese letztere Ansicht hat sehr viel für sich, da die Ueberzähligkeit oder abnorme Verdoppelung sich wahrscheinlich weit tiefer hinein erstreckt als es scheint, denn es ist auch eine Verdoppelung der Geschlechtstheile vorhanden. Diese Verdoppelung ist sehr merkwürdig; man sieht zwei deutliche, geschiedene, vollkommen entwickelte Penis; jeder Penis hat seine Harnröhrenmündung, und führt, wie es scheint, in eine gemeinsame Harnblase; denn wenn das Kind Urin lässt, pisst es aus beiden Penis zugleich, welche etwa 2 Zoll von einander sich befinden, nach verschiedener Richtung hingewendet sind und durch das überzählige Bein von einander getrennt zu sein scheinen. Der Hodensack ist ebenfalls grösser als gewöhnlich; die Hoden sind jedoch noch nicht in demselben zu fühlen.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND VII.] BERLIN, DEZEMBER 1846. [HEFT 6.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Die Geschichte und die pathologische Anatomie des typhösen Fiebers bei den Kindern, von Dr. Victor Szokalski, jetzt in Paris.

(Schluss, s. voriges Heft S. 321.)

b) Ulzerationen. Wir haben dieselben bei 8 Kindern untersucht, welche in verschiedenen Stadien des typhösen Fiebers gestorben sind, nämlich:

2	am	20sten	Tage,
1	-	23sten	-
1	-	37sten	-
2	nach dem	30sten	-
1	am	28sten	-
1	-	32sten	-

Wir haben diese Beobachtung nicht nach der Dauer der Krankheit geordnet; die beiden letzten finden deswegen ihren Platz am Ende der Tabelle, weil sie den Uebergang von der Ulzeration zur Vernarbung bilden.

In allen Fällen hatten die Geschwüre ihren Sitz in den Peyerschen Flatschen; das oberste befand sich 4 Fuss oberhalb der Klappe; im Allgemeinen aber bemerkte man sie auf den 2 bis 3 letzten Fuss des Ileum, und sie nahmen wie bei den Erwachsenen an Anzahl zu, so wie sie der Klappe näher lagen. Ihre Form war rundlich, ihre Ränder, bei den am 20sten und 23sten Tage gestorbenen Kindern roth und erhaben, waren im Gegentheil bei dem am 37sten Tage unterlegenen dünn und platt, und bei einem 2jährigen Kinde, welches später starb, waren die Ränder so dünn und so platt und dem Grunde

des Geschwürs so nahe, dass wir sie mit den von Evans unter dem Namen *Venerola vulgaris* beschriebenen syphilitischen Geschwüren verglichen.

Der Grund dieser Geschwüre war in einem Falle durch das weisse und nicht angeschwollene, submuköse Gewebe gebildet, in anderen Fällen durch dasselbe, aber geröthete und verdickte Gewebe, in noch anderen Fällen von der muskulösen Haut, welche ebenfalls angeschwollen und geröthet war. Nur zwei Ulzerationen waren bis an das Peritonäum eingedrungen, und nur zweimal, nämlich bei den am 20sten und 23sten Tage verstorbenen Kindern, fanden wir auf dem Grunde der Ulzeration eine kleine Quantität eines gelben zerreiblichen Stoffes, wovon die nicht ulzerirten Stellen der Flatschen keine Spur zeigten. Nur in einem einzigen Falle fanden sich Ulzerationen in den isolirten Schleimbälgen.

In den dicken Gedärmen haben wir niemals Geschwüre gefunden. Dass sie jedoch vorkommen, bestätigen zwei Beobachtungen, wovon die eine in den *Bulletins de la Société anatomique*, die andere in der *Gazette médicale* [1]) aufgezeichnet worden ist. Im ersten Falle waren die Geschwüre äusserst zahlreich und gleichsam wie mit einem Instrumente ausgeschnitten, und schienen in den Schleimbälgen zu sitzen; im anderen waren deren nur eilf.

Wir wollen diesen Artikel mit der Beschreibung der Flatschen des am 28sten Tage gestorbenen Individuums endigen, bei welchem die Vernarbung der Geschwüre sich bereits zu etabliren schien. Auf den beiden letzten Fuss des Ileum sind die Flatschen sehr zahlreich und flockig; sie haben ein grauliches Ansehen, sind ein wenig erhaben und nicht erweicht; ihre Grösse variirt zwischen 6 Linien und 1½ Zoll.

---

1) Wir wollen die Hauptzüge dieser Beobachtung ihrer Seltenheit wegen anführen: *Febris typhosa* mit dem Vorherrschen der Abdominalsymptome; 10 Jahre; grosse Armuth der Eltern; Aufenthalt seit 8 Jahren zu Paris; Kephalalgie, Schmerzen in den Gliedern, Verstopfung; später Diarrhoe, Meteorismus, Leibschmerzen; doppelte Otorrhoe; Abführungsmittel von Sedlitzer Wasser vom 8ten bis 17ten Tage; *Kermes mineralis*, Chinin; Tod am 27sten Tage. Unterleib enthält zitronenfarbige durchsichtige Flüssigkeit, Milz ist nicht vergrössert, mesenterische Drüsen wenig angeschwollen, sie enthalten hier und da kleine Abszesse, zahlreiche rothe Streifen in der Schleimmembran des Magens, doch keine Abweichung von der Normalkonsistenz. Schleimhaut in den dünnen Gedärmen blass und erweicht. Die Peyer'schen Flatschen sind zahlreich, etwas angeschwollen; nur 3 davon ulzerirt in der Nähe der Bauhin'schen Klappe, eine dieser Ulzerationen ist 1½ Zoll lang und 1 Zoll breit, ihre Ränder sind eingesunken, und auf dem Boden sieht man die Fasern der muskulösen Haut. In dem Kolon trifft man 11 ähnliche Ulzerationen, von der Grösse eines Frankenstückes an.

Diejenige, welche nahe an der Klappe sitzt und den ganzen Umfang des Darms einnimmt, ist flockig. An ihrem äussersten Ende sieht man eine unregelmässig geformte Erosion von 2 Linien im Durchmesser, welche mit einem flockigen Gewebe umgeben ist; ihre Ränder sind sehr dünn, und es scheint, dass sie sich nicht tiefer, als bis in die Schleimhaut erstreckt. Eine ähnliche Erosion findet sich in der Mitte einer andern Flatsche, welche sich an 2 Fuss vom Coekum befindet.

Dieser so eben beschriebene Fall bildet, wie bereits erwähnt, den Uebergang von der Ulzeration zur Vernarbung.

c) Vernarbung. Bei den sechszehn oben erwähnten Untersuchungen haben wir zweimal eine vollendete oder wenigstens sehr weit vorgeschrittene Vernarbung angetroffen. In zwei anderen Fällen, wovon sich der eine auf ein 11-, der andere auf ein 10jähriges Kind bezieht, haben wir die vollständige Vernarbung deutlich wahrgenommen. Beide hatten 6 Wochen vor ihrem Eintritt in das Hospital das Nervenfieber gehabt und starben, das erstere an der Variole, das letztere am Scharlachfieber. — Das junge Mädchen, welches am 32sten Tage starb, zeigte eine sehr weit vorgeschrittene Vernarbung: „Die Dimension der Flatschen auf den letzten Paar Fuss des Ileum variirte zwischen 1½ und 2 Zoll; die Flatschen selbst waren wenig erhaben, erweicht und, namentlich 4 Finger breit über der Klappe, sehr zahlreich; sie waren mit filamentösen oder warzenartigen Vorsprüngen versehen, und theils bleich, theils lebhaft roth. Von Erosionen oder Ulzerationen war keine Spur vorhanden."

Endlich fanden wir in einem anderen Falle, bei einem an der Pneumonie gestorbenen Individuum, und zwar zwei Monate nach dem ersten Auftreten einer typhösen Affektion, eine vollständige Vernarbung: „Von den letzten 4 Fuss des Dünndarms ab zeigen sich grau gepickelte, wenig erhabene Flatschen; auf einigen sieht man in der Mitte runde, schwarzgraue Flecken von 1 bis 3 Linien im Durchmesser. In der Mitte dieser Punkte scheint der Darm weniger dick und die Schleimhaut ist ausserordentlich dünn. Im Ganzen zählt man 20 Narben, bald eine, bald mehrere auf derselben Flatsche."

Schliesslich wollen wir noch einen Fall erwähnen, welchen wir ganz neuerdings (18. Mai 1840) bei einem an der *Meningitis granulosa* gestorbenen Kinde beobachtet haben, das 4 Monate vorher an dem typhösen Fieber erkrankt war. Selbst die sorgfältigste Untersuchung liess bei diesem Individuum keine Spur von Narben wahrnehmen. Auf den 18 letzten Zoll des Darms sahe man einige Flatschen,

welche alle ein wenig erhaben, konsistent, fleckig, aber nicht injizirt waren. Einen Fuss oberhalb der Klappe sahen wir auf einer einen halben Zoll breiten Flatsche einen rothen Kreis, welcher einen Raum von der Grösse einer Linse einschloss. Die rothe Färbung dieses Kreises gab dem genannten Raume ein eingedrücktes Ansehen; bei näherer Untersuchung, namentlich wenn man mit dem Rücken eines Messers die Falten wegstrich, ergab sich jedoch, dass diese Vertiefung nur scheinbar war. Uebrigens liess ein scharfer Durchschnitt deutlich sehen, dass die Schleimhaut an dieser Stelle nicht dünner war, als an anderen Punkten; auch zeigten die übrigen Gewebe nicht die geringste Spur eines Geschwürs, das früher auf dieser Flatsche existirt haben könnte.

Die mesenterischen Drüsen. Die anatomischen Veränderungen der mesenterischen Drüsen sind bei den Kindern nicht weniger charakteristische Zeichen des typhösen Fiebers, als bei den Erwachsenen. Alle Individuen unserer ersten Tabelle boten beträchtliche Veränderungen dieser Organe dar. Die Drüsen variirten zwischen der Grösse einer Bohne und der eines Taubeneies oder kleinen Hühnereies; sie waren roth oder grauroth, erweicht; die grössten davon lagen nahe an der Klappe. Ihre Veränderung war bei dem am 20sten Tage gestorbenen Individuen eben so ausgebreitet und tief, als bei dem, welches am 7ten Tage starb. Ein einziges Mal fanden wir, einen Fuss vom Coekum entfernt, eine Drüse von der Grösse einer grossen Nuss, welche deutlich eine Fluktuation fühlen liess. Beim Aufschneiden floss eine Menge dicker, gelblicher, sahnenartiger Flüssigkeit heraus, und als sie geleert war, sah man auf dem Grunde des dünnwandigen Balges eine schwärzliche, ziemlich glänzende und zerreibliche Masse, welche sich wahrscheinlich aus zerstörten Theilen der Drüse und etwas verwesetem Blute gebildet hatte. Auch wurden in den Falten dieses Balges einige Fragmente einer kreideartigen Masse angetroffen, und in zwei oder drei angränzenden Drüsen fanden sich Spuren von tuberkulöser Materie. Obgleich diese kreideartigen Fragmente das Wesen der Veränderung in Zweifel liessen, so glauben wir doch, dass sie Folge einer Entzündung war, und dass wir einen wirklichen Abszess vor uns hatten, welcher sich aber nur in einer Drüse gebildet hatte, die vermuthlich schon vorher ein wenig jener kreideartigen Masse enthielt. Zu dieser Annahme scheint uns auch der Umstand zu berechtigen, dass man nur selten eine tuberkulöse, gänzlich erweichte Drüse im Mesenterium antrifft, ohne dass in den benachbarten Drüsen eine ähnliche

Veränderung stattfände, und dass man in den Fällen, wo eine Erweichung der tuberkulösen Drüse statt hat, immer eine mehr oder weniger grosse Schicht von tuberkulöser Masse bemerkt, die um den Balg herum liegt.

In den Fällen, wo sich Geschwüre in den Gedärmen fanden, waren die Anschwellungen der mesenterischen Drüsen viel zahlreicher, aber kleiner, ihre Grösse lag zwischen der einer Bohne und einer Mandel; einige davon waren erweicht, aber keine enthielt Eiter. Bei einem jungen Kranken, welcher am 30sten Tage unterlag, und über welchen sich die Beobachtung in der *Gazette médicale* (Paris 1836, pag. 101) befindet, waren die mesenterischen Drüsen hart und violetfarben, und die Gedärme zeigten eine grosse Menge von Geschwüren.

Da, wo die Vernarbung vollständiger war, fanden wir die Drüsen klein, von grauer oder blassrother Farbe und von übrigens ganz normaler Beschaffenheit.

Dritter Artikel. Die anatomischen Veränderungen der anderen Organe. Nachdem wir die Veränderungen in den Peyer'schen Flatschen und mesenterischen Drüsen beschrieben, und gezeigt haben, dass die Veränderungen im Kindesalter beinahe dieselben sind, wie bei den Erwachsenen, wollen wir, dem Beispiele des Herrn Chomel folgend, die verschiedenen Veränderungen betrachten, die in den anderen Organen stattfinden und mehr oder weniger mit denen verknüpft sind, welche wir als charakteristisch für das typhöse Fieber angegeben haben.

a) Veränderungen der Digestionswege. *α*) Pharynx, Oesophagus. In einem einzigen Falle haben wir den Schlund und die Basis der Zunge von livider Färbung gefunden; zugleich nahmen wir falsche Membranen von weisslicher Farbe wahr. Einige der letzteren hielten fest an der Schleimhaut, und wenn man sie abriss, so entdeckte man Geschwüre auf diesen Stellen. Der übrige Theil der Schleimhaut war in normalem Zustande. Die Kranke, welche uns diese Veränderungen darbot, war 14 Jahre alt; sie war am 20sten Tage des typhösen Fiebers, in Folge einer heftigen Pneumonie gestorben, welche mit starken Dosen von *Tart. stibiatus* behandelt wurde. Wir nahmen diese Schlundgeschwüre schon wahr, als dieselbe noch lebte, und wir vermuthen, dass diese Geschwüre in Folge einer Lokalwirkung des Brechweinsteins entstanden sind. Dasselbe glauben wir von den Ulzerationen, welche wir nach dem Tode wahrgenommen haben.

In zwei anderen Fällen, bei am 21sten und 28sten Tage gestorbenen Individuen, war der Pharynx von violettrother Farbe; ausserdem zeigte sich keine Veränderung.

Niemals haben wir Geschwüre im Oesophagus angetroffen.

β) Magen. Neunmal wurde der Magen ganz gesund gefunden, in den sieben anderen Fällen war er etwas angegriffen. Bei dem 11jährigen Kinde, welches am 7ten Tage starb, war die Schleimmembran des *Saccus coecus* erweicht und dunkelroth; auch hatte ein Bluterguss in das submuköse Gewebe stattgefunden. In vier anderen Fällen, bei Individuen, welche in verschiedenen Stadien unterlegen hatten, war die Schleimmembran blos sehr erweicht, ohne Veränderung in der Färbung. Ein einziges Mal nur bot der blinde Sack des Magens eine einfache Röthung dar. Endlich fanden wir in dem Magen eines 5jährigen Kindes, welches am 23sten Tage starb, drei kleine Geschwüre mit gerötheten Rändern und von 1 Linie im Durchmesser; sie drangen durch die ganze Dicke der Schleimhaut. Ausserdem sah man auf der vorderen und hinteren Fläche des Magens zwei längliche Erosionen.

γ) Dünne Gedärme. Neunmal unter sechszehn Fällen war die Schleimhaut in gesundem Zustande, nämlich bei den Kindern, welche am 15ten, 19ten, 20sten, 23sten, 28sten, 37sten, 60sten Tage gestorben waren, und in einem anderen Falle, wo die Dauer der Krankheit unbestimmt, jedoch grösser als 30 Tage war. In anderen Fällen sah man verschiedene, manchmal sehr ausgebreitete Veränderungen. Hauptsächlich fand dies bei einem am 7ten und einem am 9ten Tage verstorbenen Kinde statt, bei welchen die Schleimhaut in der untersten Hälfte des Dünndarms alle anatomischen Zeichen einer starken Entzündung darbot. Bei dem am 7ten Tage verstorbenen Kinde war sie verdickt, sehr weich, und von der Farbe des rothen Weines; bei dem Kinde, welches am 9ten Tage verschieden war, hatte sie eine blassrothe Färbung, und war stellenweise angeschwollen. In anderen Fällen bot sie verschiedene Veränderungen dar: Röthe mit Erweichung; Röthe, Erweichung und Verdickung; dieselben Veränderungen verbunden mit einem schmutzigen, abgefressenen Aussehen. Gewöhnlich hatte die Entzündung in den 3 oder 4 letzten Fuss des Dünndarms ihren Sitz, und nur ein einziges Mal wurde eine deutliche Konsistenz-Veränderung in der ganzen Ausbreitung der Schleimhaut angetroffen.

Es ist auffallend, dass diese verschiedenen Veränderungen bei den Kindern angetroffen wurden, welche bald nach dem Ausbruche der

Krankheit unterlagen, während sie im Gegentheil bei Erwachsenen um so zahlreicher sind, je länger die Krankheit dauert. Die geringe Anzahl unserer Beobachtungen kann nun freilich noch keine gesetzgebende Meinung begründen, sie unterstützt jedoch die Bemerkung, dass die typhösen Affektionen im Kindesalter sich leicht mit Entzündungen zu kompliziren scheinen. Ferner werden wir in der Folge dieser Abhandlung sehen, dass man häufig eine grosse Anzahl der typhösen Symptome bei Kindern wahrgenommen hat, die später bei der Eröffnung nur eine ganz einfache Enteritis zeigten. Diese beiden Bemerkungen, zusammengehalten, dürften uns aber zu dem Schluss berechtigen, dass bei den Kindern und in gewissen Umständen, die einfache Ileitis sich dermaassen der typhösen Affektion nähert, dass die Unterscheidung dieser beiden Krankheiten während des Lebens äusserst schwer ist.

δ) Die dicken Gedärme. Bei den am 7ten, 9ten, 15ten, 20sten und 27sten Tage gestorbenen Kindern war der Dickdarm vollkommen gesund; in den Fällen dagegen, wo der Tod lange nach dem Ausbruch der Krankheit stattfand, bot er mehr oder weniger Veränderungen dar, und diese Alterationen waren um so allgemeiner und sichtbarer, je länger die Krankheit dauerte, und je jünger die Individuen waren. Bei dem am 20sten Tage gestorbenen Individuum sah man nur einige lebhaft rothe Stellen im Kolon; bei einem anderen, am 21sten Tage gestorbenen war die Schleimhaut überall roth und erweicht, und bei dem am 27sten Tage gestorbenen Kinde war sie roth, erweicht, angeschwollen und von einem abgefressenen Aussehen.

ε) Milz. Die Veränderungen in diesem Organe waren weniger häufig, als bei den Erwachsenen; Vergrösserung und Erweichung waren die hauptsächlichsten Veränderungen, welche wir mit Bezug auf die Dauer der Krankheit in folgende Tabelle zusammengestellt haben:

Zustand der Milz.	Tag des Todes.
Gross und weich	7ten, 20sten, 23sten, 28sten, 31sten, 32sten Tag.
Um $\frac{1}{4}$ vergrössert, ziemlich weich	19ten Tag.
Merklich vermehrt, ohne Erweichung	9ten, 15ten Tag.
Sehr weich, ohne Vergrösserung .	Bei einem später, als am 30sten Tage gestorbenen Individuum.
Fälle, wo sie ihre gewöhnliche Grösse und Konsistenz hatte. .	20sten, 21sten, 37sten, nach dem 30sten Tage, 2 Monaten.

ζ) Leber. Die Leber war weich und blass bei drei Individuen, wovon eins am 9ten und zwei am 20sten Tage der Krankheit gestorben waren. Fast immer war sie gross, zuweilen etwas roth.

Die Gallenblase war in allen Fällen gesund.

Die Galle zeigte verschiedene Charaktere; zweimal, bei den am 9ten und 20sten Tage gestorbenen Individuen, war sie dünnflüssig wie Urin; gelb und fadenziehend bei den resp. am 7ten und 60sten Tage verschiedenen; bräunlich-roth, schwärzlich, dick und fadenziehend in den übrigen Fällen.

Die Charaktere der Galle waren im Allgemeinen sehr verschiedenartig und zeigten auch in Bezug auf die Dauer der Krankheit nichts Konstantes.

b) Veränderungen im Harn-Geschlechtsapparat.

Nieren und Harnblase befanden sich jedesmal in gesundem Zustande.

c) Veränderungen in den Respirationswegen.

α) Kehlkopf, Luftröhre. Der Kehlkopf zeigte nur ein einziges Mal eine ziemlich bedeutende Abweichung vom Normalzustande. Bei einem am 28sten Tage der Krankheit gestorbenen Kinde fanden wir auf der vorderen und hinteren Fläche der Stimmbänder zwei kleine vertikale Geschwürchen von $1\frac{1}{2}$ Linien im Durchmesser, welche bis in das unter der Schleimhaut befindliche Gewebe eindrangen; in ihrem Grunde sah man entblösste Knorpel. Bei einem anderen, am 28sten Tage verstorbenen Kinde war die Luftröhre roth, mit kleinen gelblichen Flatschen besäet, welche man leicht entfernen konnte, und unter denen man alsdann kleine Geschwürchen erblickte. Das Kind, von welchem wir reden, unterlag in der Periode der Konvaleszenz nach dem typhösen Fieber und in Folge der Variole. In drei anderen Fällen nahmen wir eine lebhafte Röthe des Kehlkopfs wahr, jedoch war er frei von aller Ulzeration, und einmal fand eine Gefässverzweigung in der Schleimhaut der Luftröhre statt. Endlich, bei einem am 20sten Tage gestorbenen Mädchen, zeigte sich die Trachea in ihrer ganzen Ausdehnung roth; auf manchen Stellen war sie sogar von ihrer normalen Konsistenz abgewichen und hatte einen Theil ihres Glanzes verloren; auch sah man eine Menge gelber Körperchen, welche an der Schleimhaut festhielten und sich in kleinen Zellen befanden.

Die Bronchien haben nur in einem Falle eigenthümliche Veränderungen gezeigt, nämlich bei einem 11jährigen, am 20sten Tage verstorbenen Kinde. Man fand darin an der Stelle, welche dem obersten,

rechten Lungenlappen entspricht, kleine Konkretionen von rother Farbe, ein wenig elastisch und kleinen Steinchen ähnlich. Die Bronchial-schleimhaut war in natürlichem Zustande, die Lungen aber waren hepatisirt.

β) Pleura und Lungen. Zweimal nur, bei den am 7ten und 30sten Tage verstorbenen Kindern, waren Pleura und Lungen gänzlich gesund, und in einem anderen Falle, bei einem jungen Mädchen, fanden wir nur ein einziges Tuberkel an der Spitze der rechten Lunge. Ein anderes Mal, bei einem am 20sten Tage gestorbenen, 15jährigen Individuum, war blos die Pleura entzündet und zeigte weiche neugebildete Membranen. Die typhöse Affektion wurde von dieser Pleuritis gänzlich maskirt, welche letztere unsere ganze Aufmerksamkeit gefesselt hatte. Wir hatten uns vollkommen vom Verschwinden des Ergusses überzeugt; der Kranke verliess das Bett und spazierte in dem Zimmer herum, als er plötzlich von einem starken Fieber befallen wurde; seine Haut liess unzählige Sudamina wahrnehmen, und 24 Stunden später war er verschieden. Die Autopsie zeigte augenscheinlich, dass die Pleuresie in Abnahme war; die Gedärme aber enthielten eine Menge von Geschwüren, welche sich auf gerötheten, erhabenen Flatschen befanden. In den übrigen Fällen war die Pleuritis immer von Pneumonie begleitet.

Die Hepatisation nahm entweder die ganzen Lungenlappen (*lobi*) ein, oder erstreckte sich nur auf einzelne Läppchen (*lobuli*). Diese letztere Form fand bei den resp. am 9ten und 15ten Tage gestorbenen beiden Kindern und zwar an der Basis der Lungen statt. In zwei anderen Fällen, bei den resp. am 21sten und 23sten Tage gestorbenen Kindern, affizirte die Pneumonie nur die Läppchen (*lobuli*); sie war immer doppelt. In vier anderen Fällen, wo sie ganze Lappen einnahm, war sie einmal doppelt und einmal im dritten Grade.

Zweimal haben wir die Apoplexie der Lungen wahrgenommen, einmal in den Läppchen und einmal in der Mitte einer hepatisirten Lunge. Das Individuum, welches diese Modifikation darbot, war einer Komplikation der Variole unterlegen.

Unter 16 Autopsieen fanden wir nur 3mal Tuberkeln in der Lunge; sie waren keinesweges zahlreich.

d) Veränderungen im Zirkulationsapparat.

α) Herzbeutel. Nur in einem einzigen Falle zeigte er Spuren einer alten Affektion. In dem Theile, welcher das Herz überzieht, und auf der äusseren Fläche dieses Organs fanden wir falsche flottirende

Membranen, die an dem angewachsenen Ende dicker waren. Diese falschen Membranen nahmen an verschiedenen Punkten eine Stelle von 3 bis 4 Linien ein, und eine davon befand sich an der Spitze des Herzens.

Die Menge des Herzbeutelwassers (*Liq. Pericardii*) war niemals bedeutend; in einem Falle fand sich gar keines vor.

β) Herz. Die Erweichung des Herzens, welche nach Louis bei den Erwachsenen in der Hälfte der Fälle stattfindet, haben wir nur zweimal wahrgenommen. Wir fanden sie bei dem am 20sten und dem am 32sten Tage gestorbenen Individuum; sie war eben nicht sehr bedeutend. Das im Herzen enthaltene Blut war zuweilen dünnflüssig und mit Klumpen von wenig konsistentem Koagulum gemengt, dem Gelée von Johannisbeeren ähnlich, meistens aber fanden wir ein gelbliches Koagulum. — Die innere Membran des Herzens war nicht gefärbt, die Klappe war im normalen Zustande.

e) Veränderungen im Nervensysteme.

Die Bedeckungen des Schädels zeigten bei dem am 37sten und dem am 23sten Tage gestorbenen Individuum Eitergüsse, im ersten Falle in der Frontal- und im anderen in der Parietalgegend. Die Gehirnmembranen waren immer gesund; die Arachnoidea war jedesmal glänzend und glatt. Die Piamater war bei den beiden resp. am 7ten und 21sten Tage gestorbenen Individuen injizirt, bei den anderen war sie gesund. In zwei Drittheilen der Fälle fand sich ein wässeriger Erguss unter der Arachnoidea. Die Substanz des Gehirns hatte ihre normale Konsistenz, einen Fall ausgenommen, wo sie härter, und einen anderen, wo sie weicher zu sein schien. Die weisse Substanz war gewöhnlich injizirt, die Kammern enthielten eine kleine Quantität wässeriger Feuchtigkeit, nur in einem Falle war dieselbe zwei Unzen stark. Das Rückenmark wurde nur einmal untersucht, da die Symptome der Krankheit während des Lebens auf die Störung dieses Organs schliessen liessen; wir fanden eine deutliche Erweichung. Wenn man den Schnitt im Neurilem und in der Spinalsubstanz sanft mit dem Finger rieb, so verwandelte es sich in eine Art Gries. Die Erweichung findet besonders in den hinteren Theilen des Rückenmarks statt, in einigen Punkten nimmt sie jedoch die ganze Dicke desselben ein.

Rückblick auf den anatomisch-pathologischen Befund.

Es ist vielleicht auffallend, dass wir in der Beschreibung der Strukturveränderungen, welche man in verschiedenen Organen während

des Nervenfiebers antrifft, so wenig Rücksicht auf das Alter genommen und in ein und dasselbe Tableau Kinder von 2 bis 15 Jahren zusammengestellt haben. Eine aufmerksame Untersuchung hat uns jedoch gezeigt, dass das Alter den charakteristischen Veränderungen des Nervenfiebers keine deutlichen Modifikationen verleiht. Zwar fanden wir in zwei Beobachtungen, welche bei sehr jungen Kindern statt hatten, dass die anatomischen Veränderungen der Grösse des Individuums proportionirt waren, d. h. die Geschwüre waren weniger breit, tief und ausgedehnt, als bei den Kindern zwischen 10 und 11 Jahren; dieser Unterschied kann jedoch auch in der Dauer der Krankheit seinen Grund finden.

Zur bessern Uebersicht stellen wir noch einmal die hauptsächlichsten Punkte zusammen, welche dieser Theil meiner Arbeit enthält:

1) Die Peyer'schen Flatschen zeigen bei den Kindern sehr oft eine grosse Entwickelung, welche in gewissen Fällen den Alterationen sehr ähnlich ist, die jene Flatschen beim typhösen Fieber wahrnehmen lassen. In diesen Fällen finden jedoch nur selten Veränderungen in den mesenterischen Drüsen statt.

2) Die Peyer'schen Flatschen, die mesenterischen Drüsen und die Milz bieten bei den Kindern dieselben Veränderungen dar, welche man bei den Erwachsenen bemerkt hat.

3) Die Alterationsform der Flatschen ist gewöhnlich die, welche unter der Benennung „weiche Flatschen" (*Plaques molles*) bekannt ist.

4) Die Ulzeration scheint bei den Kindern langsamer um sich zu greifen, als bei den Erwachsenen.

5) Die Vernarbung beginnt mit dem 26sten Tage, ist am 31sten Tage beinahe und nach 2 Monaten gänzlich beendet; im vierten Monate findet man von den Narben keine Spur mehr.

6) Unter den sekundären Veränderungen ist die Enteritis die wichtigste, weil man sie häufig bald nach Beginn der Krankheit antrifft.

7) Die Organe, welche in dem Brustkasten liegen, waren meistens bedeutend angegriffen.

8) Anatomische Alterationen der übrigen Organe sind selten.

Ueber Reizung, Blutandrang und Kongestion des Gehirns bei Kindern, von James Hope, M. D. in London.

(Diese in Deutschland noch nicht bekannte, in der *Library of practical Medicine* versteckte Abhandlung Hope's verdient ihres grossen Interesses wegen wohl unsern Lesern mitgetheilt und so der Vergessenheit entrissen zu werden.)

Bei Säuglingen und Kindern wird die Entzündung des Gehirns gewöhnlich durch Vorboten angekündigt. Auf diese kann man den Anfänger nicht aufmerksam genug machen, weil dieselben, wiewohl sie ohne deutliche Ursache entstehen, gewöhnlich eine vollkommene Aehnlichkeit mit jener Symptomengruppe haben, welche aus Störungen des Magens und Darmkanals, mit gleichzeitiger Hirnreizung, zusammengesetzt sind, und als beständige Begleiter übermässiger und unzweckmässiger Ernährung, der Dentition, der Askariden und anderer Würmer, so wie auch der Leberaffektionen zu sein pflegen. Der unaufmerksame Beobachter sieht in diesen Symptomen entweder gar keinen Zusammenhang mit dem Gehirne, oder er hält diese Vorläufer in der Uebereilung seiner Diagnose für den ausgesprochenen Hydrokephalus selbst. Die Hirnsymptome sind zuweilen die des Reizes, zuweilen aber gerade im Gegentheil die des Torpors; nicht selten stellen sie auch ein Gemisch von beiden dar. Ich werde zuerst die verschiedenen Klassen kurz angeben, und später auf ihre Natur und Ursachen kommen.

Unter den Symptomen des Reizes, die unzweideutig auf eine krankhaft gesteigerte Sensibilität des Gehirns hinweisen, ist eins der ersten, welches die Aufmerksamkeit am meisten auf sich zu ziehen pflegt, eine ungewöhnliche Reizbarkeit und Unruhe mit Gleichgültigkeit gegen Dinge, welche sonst das Interesse des Patienten in Anspruch nahmen; ein gedankenloser, zerstreuter Blick und Gesichtsausdruck, als ob der kleine Patient mit seinen eigenen unangenehmen Empfindungen beschäftigt wäre. Bei vielen Kindern kann die Verdrüsslichkeit nur durch beständiges Schaukeln auf den Armen der Wärterin beschwichtigt werden. Die äusseren Sinne werden durch gewöhnliche Eindrücke ungewöhnlich affizirt. Das Gehör ist gegen jeden Ton schmerzhaft geschärft; eine unerwartete Berührung mit den Fingern, wie z. B. beim Fühlen des Pulses, bewirkt oft Zuckungen und Aergerlichkeit; dreht man den Kopf des Patienten gegen ein Fenster oder Licht, so wendet er ihn schleunigst ab, indem er die

Stirn runzelt und die Augenlider zusammendrückt; die Pupille ist häufig, obgleich nicht immer, in Folge erhöhter Sensibilität der Retina, kontrahirt, und die Konjunktiva, durch die gesteigerte arterielle Thätigkeit im Kopfe, mitunter geröthet, injizirt. Im Allgemeinen ist immer Kopfschmerz vorhanden, über den ältere Kinder auch zu klagen pflegen, während jüngere ihn durch Umherwerfen des Kopfes, oder dadurch, dass sie die Hand zum Kopfe führen, andeuten. Die Schlaflosigkeit ist ein hervorstechendes Symptom, indem das Kind sogar selten nur schlummert, und selbst aus diesem unvollkommenen Schlummer fahren die Kleinen gewöhnlich von Zeit zu Zeit schreiend und erschrocken in die Höhe. Nicht selten zeigen sich auch an den Muskeln Symptome; die Kinder ballen mehr oder weniger oft eine Faust, wobei der Daumen nach innen gekehrt ist; der Kopf wird, mit steifem Genick, nach hinten gezogen, und zuweilen findet eine Rückwärtsbiegung der ganzen Wirbelsäule oder Opisthotonus statt, wobei eines oder beide Beine starr ausgestreckt werden. Ich habe diese Erscheinungen sogar da vorkommen gesehen, wo im Uebrigen sehr wenige andere deutliche Symptome vorhanden waren. Bei älteren Kindern bemerkt man auch ein Knirschen mit den Zähnen während des Schlafes, Verdrehungen beider Augen nach oben und aussen, und zuweilen Schielen. Konvulsionen kommen in jedem Alter vor.

Die Symptome der Depression, welche auf eine verminderte Sensibilität des Gehirns deuten, charakterisiren sich dadurch, dass der kleine Patient durch Aufmunterung nicht recht zu sich gebracht wird. Obgleich er nicht schläft, liegt er doch in einem schlummernden Zustande da, gleichgültig gegen die ihn umgebenden Gegenstände, winselnd, gähnend und seufzend, oder reizbar verdriesslich, wenn er aufgenommen wird. Ist er in einem wacheren Zustande, so findet man ihn matt, ernst, nachdenkend, schweigend, unaufmerksam und reizbar; der Schlaf, der ihn zuweilen beschleicht, ist alle Augenblick gestört und durchaus nicht erfrischend; gleichviel ob Kopfschmerz, Schwindel und Verwirrung der Begriffe vorhanden sind oder nicht. Die äusseren Sinne scheinen eher abgestumpft als geschärft; das Gesicht ist blass und eingesunken; zuweilen bemerkt man eine fliegende Röthe; der Gang ist unsicher, und auf dem Kulminationspunkte der Entzündung hebt der Patient, wie Gölis sagt, den Fuss beim Vorwärtsschreiten, als ob er über eine Thürschwelle hinwegschreiten wollte, er schwankt und taumelt wie ein Betrunkener.

Zuweilen sind die beiden so eben beschriebenen Reihen von Sym-

ptomen, nämlich die Erscheinungen der Reizung und der Depression in grösserem oder geringerem Grade gleichzeitig vorhanden. In diesen Fällen findet man eine gesteigerte Empfindlichkeit der äusseren Sinne, bei mattem, schwachem Allgemeinbefinden.

Welcher Art aber die Hirnsymptome auch sein mögen, fast immer ist eine mehr oder weniger fieberhafte Bewegung und eine Störung des Darmkanals vorhanden. Der Puls ist beschleunigt, und zuweilen, besonders in Fällen der Depression, zeigt sich an ihm bereits ein geringer Grad jener schwankenden Ungleichheit in Bezug auf Geschwindigkeit und Kraft, welche ein charakteristisches Zeichen der bereits entschieden ausgesprochenen Gehirnentzündung ist. In gleichem Maasse wie der Puls ist auch der Athem beschleunigt, und zuweilen ungleich seufzend wie in der deklarirten Gehirnentzündung. Die Haut ist mehr trocken und heiss; die Lippen und Nase sind trocken und jucken, so dass das Kind sich daran kratzt. Dieses letztere Symptom hat man oft, wiewohl fälschlich, als charakteristisch für das Verhandensein von Würmern angesehen. Die Zunge ist weiss oder gelblich, oft mit gerötheten Papillen an der Spitze und den Rändern besetzt, und gewöhnlich findet man in grösserem oder geringerem Grade Durst, einen mangelhaften, gierigen oder auf eigenthümliche Dinge gerichteten Appetit, Uebelkeit, Erbrechen und übelriechenden Athem. Der Darmkanal leidet entweder an Verstopfung oder Durchfall und Leibschmerzen; in letzterem Falle bestehen die Exkremente fast nur aus Schleim, und sind entweder grün, schwarz oder blass, sauer und schaumig; der Bauch ist aufgetrieben und gespannt, und beim Druck etwas empfindlich.

Alle diese Vorboten können einen bis zwei Tage, oder auch mehrere Wochen dauern; zuweilen sind sie auch nur einige Stunden vorhanden, oder sie fehlen gänzlich, indem das Kind plötzlich von Krämpfen und anderen deutlichen Zeichen einer entschieden ausgesprochenen Gehirnentzündung befallen wird.

Die unmittelbare Ursache oder das Wesen der Affektion besteht in einer Reizung des Gehirns, welche sich zuweilen ohne irgend einen wahrnehmbaren Grund entwickelt, mitunter aber von den frühzeitigen Entwickelungsversuchen unreifer Naturanlagen herrühren. Bei weitem häufiger muss der Grund derselben aber in dem primären Reize gesucht werden, welchem die peripherischen Enden der Nerven beim Zahnen ausgesetzt sind, oder man muss eine Störung in der Darmschleimhaut, oder in einer Krankheit der Leber, einer Ueberladung des

Magens, Würmer u. s. w., als die nächste Ursache ansehen. Jeder Hirnreiz steht, wie man mit Recht annehmen kann, mit einem aktiven Andrange des Blutes oder einer Kongestion zum Gehirne in Verbindung; ein solcher Hirnreiz ist an und für sich eine geringe Art von Entzündung, oder er steht vielmehr an den Gränzen derselben, und ist im Stande jeden Augenblick in dieselbe überzugehen, wenn er nicht zur rechten Zeit und gehörig beseitigt wird.

Ausgänge der Vorboten. Nach der Ansicht Einiger bilden die Symptome des Hirnreizes die Vorläufer einer Entzündung der Hirnhäute und der Oberfläche des Gehirns, während die Symptome der Depression auf eine nachfolgende Entzündung der Hirnsubstanz und der Zentraltheile des Gehirns deuten sollen. Ich habe aber alle Arten der Gehirnentzündung so oft nach den verschiedensten Symptomengruppen entstehen gesehen, dass ich es für sehr gewagt halte, auf die angegebenen Unterschiede eine Diagnose zu basiren. Ich möchte vielmehr annehmen, dass die Symptome des Hirnreizes von einem aktiven Blutandrange, und die der Depression von dem höchsten Grade der Kongestion abhängen, während das Vorkommen gemischter Symptome wahrscheinlich von einem Uebergange beider Zustände in einander herrührt. Die Richtigkeit dieser Ansicht ist aber bis jetzt keineswegs direkt oder positiv erwiesen.

Der Charakter der Entzündung, in welche die Vorboten überzugehen pflegen, hängt grösstentheils von der Konstitution, dem Temperamente und dem Allgemeinbefinden des Patienten ab.

Plethorische Kinder, von blühendem sanguinischen Temperament und gesunder Konstitution, werden gewöhnlich von einer plötzlich auftretenden und heftigen Entzündung, besonders der Hirnhäute und Hirnoberfläche, zuweilen aber auch der Ventrikel und Zentren des Gehirns, mit und ohne Effusion, befallen. Dies ist die „rapide" Form des Hydrokephalus nach Cheyne, die „tumultuarische" nach Gölis, die „ataxische" nach Guersent, und die „entzündliche" nach Hopfgärtner. Denn die Autoren geben jeder Gehirnentzündung der Kinder den Namen Hydrokephalus, gleichviel ob „Wasser im Gehirne" ist oder nicht. Dagegen zeigen schwächliche, jüngere, zarte Kinder, mit skrophulöser Anlage, besonders wenn sie aus Familien stammen, in denen der Hydrokephalus zu Hause ist, gewöhnlich die gelindere, sich in die Länge ziehende Form der Vorboten und der Gehirnentzündung. Hier ist alsdann die kongestive und später die entzündliche Thätigkeit von viel geringerer Energie. Es ist dies der „graduelle"

Hydrokephalus nach Cheyne und der „nervöse" nach Hopfgärtner, der wie ein leichtes Nervenfieber beginnt und viel häufiger als der rapide Hydrokephalus oder als alle übrigen Varietäten vorkommt.

Wenn der konstitutionelle Zustand und die Kräfte durch vorhandene oder noch versteckte Exantheme, Keuchhusten, Fieber u. s. w. modifizirt werden, so sind die Vorboten nur selten deutlich zu erkennen; die Entzündung bricht alsdann entweder plötzlich aus, oder sie schleicht im Verborgenen, bis sie gefährliche Fortschritte gemacht hat. Diese letztere Form ist der „sekundäre" Hydrokephalus der Autoren im Allgemeinen. Wird derselbe rasch tödtlich, und ist er mit einem Erguss von Serum verbunden, so nennt ihn Gölis den „Wasserschlag".

Eine Vergleichung der so eben beschriebenen Vorboten mit den Symptomen einer wirklichen, klar ausgesprochenen Entzündung werde ich später anstellen, wenn ich von den Symptomen der *Meningitis acuta* reden werde.

Behandlung der Vorboten bei Kindern. Bei dem ausserordentlich häufigen Vorkommen dieser Vorboten und der grossen Bedeutung ihrer möglichen Folgen, ist die Behandlung derselben von solcher Wichtigkeit, dass es wohl keiner weiteren Entschuldigung bedarf, wenn ich mich hier vielleicht etwas zu weit über die vorgeschriebenen Gränzen hinaus verbreite. Selbst die erste Andeutung verdächtiger Symptome muss die Aufmerksamkeit des Arztes eben so sehr in Anspruch nehmen, als ob eine wirkliche Entzündung schon vorhanden wäre. Denn man darf nicht vergessen, dass die letztere zuweilen augenblicklich auftritt, und in anderen Fällen so tückisch ist, dass der Argwohn des Arztes durch sie beständig getäuscht wird, bis das Uebel unverbesserliche Fortschritte gemacht hat. Behält man diese Umstände jedoch stets im Auge, so wird die Behandlung der Vorboten eine ausserordentlich glückliche sein. In meiner Praxis fand ich, dass hierbei kaum zwei oder drei Prozent in wirkliche Entzündung übergingen.

Während der Dentition erfordert das Zahnfleisch die grösste Aufmerksamkeit. Ist dasselbe geröthet und angeschwollen, so sollte es jedesmal mit einem hinreichenden langen Einschnitte, durch welche man den ganzen Rand des Zahnes frei legt, durchschnitten werden; ist es ein Backzahn, welcher durchbrechen will, so muss man einen Kreuzschnitt machen, um die vier Spitzen desselben blosszulegen. Ich habe hiervon nie einen Nachtheil, sondern im Gegentheil nur Nutzen gesehen, und die Operation sogar ein- oder selbst zweimal in einer Woche

wiederholt, wenn das Zahnfleisch von Neuem roth und dick wurde. Denn schon die einfache Blutung des Zahnfleisches, welche hierbei eintritt, schafft oft unmittelbar eine auffallende Erleichterung und einen überraschenden Nachlass aller Symptome. Bei der Anwendung dieser Skarifikationen stösst man oft auf einen hartnäckigen Widerstand in dem Wahne des Volkes, dass das Zahnfleisch durch diese Operation sich verhärte. Wer aber ein solches Vorurtheil hegt, ist mit den Grundsätzen, nach welchen diese Skarifikationen unternommen werden, gänzlich unbekannt. Die Hauptquelle des Reizes beruht nämlich nicht im Zahnfleische selbst, sondern vielmehr in der, die Zahnhöhle unmittelbar bekleidenden Haut, welche aus Zellgewebe bestehend um so fester und dichter wird, je mehr sie durch den sich nach oben drängenden Zahn gequetscht wird. Ist diese Haut aber gehörig durchschnitten, so zieht sie sich so vollständig zurück, dass sie nie wieder zu verwachsen im Stande ist. Die Durchschneidung dieser Haut, und nicht die des Zahnfleisches schafft jene grosse Erleichterung. Wenn später das darüber gelegene Zahnfleisch heilt, so hat jene muthmaasslich angenommene Verhärtung desselben nichts zu sagen. Es braucht nur so oft wieder durchschnitten zu werden als es sich entzündet. Ja es ist erstaunlich, wie grosses Unheil durch diese einfache Operation abgewendet werden kann.

Demnächst wende man seine Aufmerksamkeit auf den Magen. Ist Grund zu der Annahme vorhanden, dass der Magen mit einer Menge unverdauter Nahrungsmittel überladen worden (hierauf kann man nämlich schliessen, wenn keine andere nachweisbare Ursache vorhanden ist, aus der sich das plötzliche Auftreten dieser Vorboten erklären lässt, oder noch mehr, wenn irgend ein Diätfehler entdeckt werden kann), so muss man augenblicklich ein Brechmittel geben. Einem noch nicht ein Jahr alten Kinde verordne man alle zehn Minuten zwanzig Tropfen bis eine halbe Drachme *Vin. Ipecac.*, bis Erbrechen erfolgt; Kindern, welche über ein Jahr alt sind, gebe man das Doppelte hiervon. Das Pulver wirkt langsamer. Der *Tartarus stibiatus* übt auf Kinder unter dem zweiten Lebensjahre zuweilen einen gefährlichen erschöpfenden Einfluss aus; in späterem Alter kann man sich seiner dreist bedienen; als reines Vomitiv ist er aber weniger zuverlässig als die Ipekakuanha. Nach dem jedesmaligen Erbrechen sollte man stets ein Glas warmen Wassers geben, und hiermit so lange fortfahren, als das Wasser noch mit irgend einer Beimischung vom Inhalte des Magens ausgebrochen wird. Dieser ganze Prozess kann

handlung, sondern auch eine gehörige Zeit zu seiner Heilung. Ein bis zwei Jahre alten Kindern muss man alle acht Stunden zwei Gran *Hydrargyr. c. Cret.* mit drei Gran *Cret. praeparat.* geben. Die ersten drei Tage muss der Darmkanal alle Morgen mit einer oder, wenn es nothwendig ist, mit zwei Drachmen *Ol. Ricini* von krankhaften Sekretionen und Anhäufungen gereinigt werden; später genügt dies einen Tag um den andern. Wenn aber von Anfang an reichliche Darmentleerungen vorhanden waren, d. h. wenn der Kranke täglich vier- bis fünfmal oder noch öfter Stuhlgang hatte, so muss das Verhältniss der *Creta praeparata* noch auf fünf oder sechs Gran gesteigert werden, und die Dosis des Rizinusöl darf, wenn es nicht durchaus nothwendig ist, nicht mehr als eine Drachme betragen; oder noch besser ist es, dieses Mittel durch ein erweichendes Klystir zu ersetzen. Ausserdem gebe man täglich ein- oder zweimal ein lauwarmes Bad, weil dasselbe ausserordentlich beruhigend auf die Darmschleimhaut kleiner Kinder wirkt. In gleichem Maasse als die Darmausleerungen ihre grüne schleimige Beschaffenheit verlieren, kann man mit der Darreichung des Pulvers nachlassen, so dass man dasselbe nach einer Woche nur noch zweimal oder nur einmal täglich zu geben braucht. Das *Hydrargyr. c. Creta* lasse man nach vierzehn Tagen gänzlich fort, weil es sonst Speichelfluss bewirkt; sollte es aber nothwendig sein, so kann man es nach drei oder vier Tagen abermals geben, vorausgesetzt, dass sich die Einwirkung desselben auf die Konstitution nicht am Zahnfleische bereits bemerkbar macht. Der Zweck und die Wirkung der obigen Mittel sind folgende: Das *Hydrargyr. c. Creta* ist ein umstimmendes Abführmittel; die *Creta praeparata* nützt dagegen als absorbirendes Antacidum und gehört nicht zu den Abführmitteln. Einige Aerzte pflegen diese Mittel mit zwei oder vier Gran *Natron. subcarbon. exsiccat.*, als Antacidum, zu verbinden (getrocknetes Natron wird vorgezogen, weil es weniger Volumen hat); ich habe mich aber davon überzeugt, dass es ein eröffnendes Salz bildet und sowohl abführt als auch Leibschmerzen macht. Viele geben das Kalomel statt des *Hydrargyr. c. Creta.* Ich muss mich jedoch entschieden gegen den fortgesetzten Gebrauch desselben als Laxans und Alterativum erklären, da es oft heftige Reizung und Entzündung und zuweilen Invagination des Darmes erzeugt, — lauter Uebel, welche der Arzt alsdann irrthümlich gern der Heftigkeit der Krankheit zuschreibt. Einer der grössten Fortschritte, welche die Arzneikunde in der Behandlung der Kinderkrankheiten heut zu Tage gemacht hat,

besteht aber darin, dass man den Gebrauch des Kalomels, der Jalappe, des Skammoniums und anderer drastischen Purganzen, unter den angeführten Umständen sehr beschränkt hat, da die Krankheit, obgleich man sie mit den angemessenen Benennungen remittirender Fieber der Kinder, Wurmfieber, Entwöhnungsfieber, Schwämme u. s. w. belegt hat, eigentlich nur in den verschiedenen Graden und Formen der aktiven Kongestion und der akuten oder chemischen Entzündung der Darmschleimhaut besteht; ein Uebel, das durch den Gebrauch der aktiven Purgirmittel, der Stimulantia und Narkotika immer nur verschlimmert werden kann, welches aber der gelinden antiphlogistischen Behandlung und den umstimmenden Mitteln jedesmal weicht.

Das Rizinusöl hat die Fortschaffung der krankhaften scharfen Fäces zum Zweck, welche an und für sich reizender als das zu ihrer Entfernung gebrauchte Abführmittel wirken. Das letztere würde aber ebenfalls zu sehr reizen, wenn man es in zu grosser Dosis und zu oft anwendete; daher muss man ihm mit einem beruhigenden Klystier zur Hülfe kommen. Wenn die Magnesia zu dem beabsichtigten Zwecke ausreicht, so ist sie bei Kindern dem Rizinusöle vorzuziehen. Kolikschmerzen, welche sich bei Kindern durch plötzliches Aufschreien und Anziehen der Schenkel gegen den Leib kundgeben, kommen nur selten in einigermaassen erheblichem Grade vor, wenn man die angegebene milde Behandlung befolgt. Sie sind dagegen sehr häufig, wenn man scharfe reizende Aromatika (z. B. das *Pulv. Cretae compos.* statt der *Creta praeparat.*), gerade in der falschen Absicht, sie zu verhüten, giebt. Sind diese Kolikschmerzen sehr heftig, so müssen sie gemildert werden. Ich kenne aber kein einziges Mittel, welches diesen Zweck sicherer und besser erreichte als folgende Vorschrift des verstorbenen Dr. Hooper, welche im St. Marylebone-Krankenhause angewendet wird: — ℞ *Magn. carbon.* ℈j, *Tinct. Cardamomi comp.* gutt. xx, *Aq. Anethi* ℥β. Hiervon kann man einem acht Monate alten Kinde, wenn die Schmerzen heftiger sind und wiederkehren, täglich ein- oder zweimal einen bis zwei Theelöffel voll geben. Sobald aber häufige schleimige Darmentleerungen darauf hinweisen, dass eine Entzündung oder heftige Reizung der Darmschleimhaut vorhanden ist, muss man die Tinktur fortlassen. Warme Fomentationen und Bäder sind bekannte Hülfsmittel in allen Fällen von Kolik. — Gleichzeitig erfordert die Diät die grösste Aufmerksamkeit; wird diese vernachlässigt, so bleiben alle übrigen Mittel fruchtlos. Denen, welchen die Sorge für Neugeborne und Kinder anvertraut wird

sollte man es fest ins Gedächtniss einprägen und stets wiederholen, dass eine unzweckmässige Ernährung, — zu häufiges Füttern, zu frühe Darreichung fester Nahrung und unpassende Nahrung überhaupt, — die fruchtbare Erzeugerin der Hälfte aller Kinderkrankheiten ist. Die Diät eines neugebornen Kindes an der Mutterbrust muss, sobald sich die in Rede stehenden Vorboten bei ihm zeigen, eingeschränkt werden; obgleich man ihm die Brust in den gewöhnlichen und angemessenen Intervallen von zwei und einer halben bis drei Stunden (mit einer Pause von fünf Stunden des Nachts) giebt, so darf es sich doch nicht, wie sonst, jedesmal satt trinken. Wird es nebenbei noch gefüttert, so muss seine Nahrung nur aus Flüssigkeiten bestehen, und es darf immer nur aus einer Flasche saugen, die mit einem Leder oder durchlöchertem Pergament so verschlossen ist, dass die Flüssigkeit nur ganz langsam daraus entweicht, so dass das Kind ungefähr dreimal saugen muss, um einen Schluck zu erhalten. Da dieses Verfahren ganz demjenigen, welches das Kind an der Brust ausübt, analog ist, so entspricht es auch der Natur und allen erklärlichen, gesunden physiologischen Grundsätzen. Eselmilch passt gewöhnlich am besten für kleine Kinder; in Ermangelung derselben bilden zwei Theile Gersten- oder Arrow-root-Wasser mit einem Theile Milch (allmälig bis zu gleichen Theilen) das beste Substitut. Rückt die Rekonvalescenz allmälig vor, und ist das Kind abgemagert, so verdicke man die flüssige Nahrung zweimal täglich durch den Zusatz von Schiffszwieback, welcher pulverisirt und durch Aufgiessen von kochendem Wasser zu einem Brei verwandelt, und später vermittelst des Durchpressens durch ein leinenes Tuch wieder daraus entfernt wird. „Mehlige" Kost ist verdächtig, da sie gewöhnlich aus schlechtem, mit Kartoffelmehl u. s. w. verfälschtem Arrow-root besteht.

Säuglinge und Kinder über anderthalb Jahre alt, denen, noch ehe sie die Backzähne hatten, feste Nahrung erlaubt worden war, müssen auf eine flüssig-mehlige und Milch-Diät zurückgeführt werden. Hierbei wird es dem Arzte jedoch schwer werden, die übereilten Eingriffe der Verwandten und Wärterinnen zu verhindern, welche dem Kinde gerne schon recht bald, noch ehe der Darmkanal seine gesunde Beschaffenheit wieder erlangt hat, eine nahrhaftere Kost geben möchten, weil dem Laien die „Schwäche" dasjenige Symptom ist, welches ihm am meisten Besorgniss einflösst. Allein sowohl die Pflicht als auch der gesunde Menschenverstand erfordern es, dass der Arzt in diesen Fällen unbeugsam bleibe.

Ist des Kindes Gesundheit aber bereits so weit vorgeschritten, dass es wieder ausgehen kann, so muss es sich recht viel in freier Luft aufhalten; und selbst bei kaltem Wetter kann dies bei weitem häufiger erlaubt werden, als man gewöhnlich glaubt, wenn das Kind nur gehörig warm angezogen ist. Es giebt nämlich keine bessere Art, ein Kind zu verzärteln, als wenn man dasselbe an einem kalten Tage zu Hause behält, während es durch eine gehörige Flanellbekleidung nicht nur von dem Winde, dem es nicht ins Antlitz schauen darf, vollkommen unberührt bleiben, sondern auch vor der beständigen Kälte im Hause geschützt sein würde, dessen unbemerkbare Einwirkung bei weitem schädlicher, als der gelegentliche vorsichtige Aufenthalt im Freien ist. Die Versuche Edward's haben es direkt bewiesen, dass junge Thiere, welche der Kälte ohne allen Schutz ungebührlich ausgesetzt werden, nicht gut gedeihen und eine grosse Sterblichkeit zeigen. Dieselbe Thatsache lässt sich aber auch, gegen die unter den gemeinen Leuten verbreitete Ansicht, aus einer Statistik der Armen nachweisen, wie es auch Quetélet in der That aus einer Armen-Statistik von 600,000 Fällen dargethan hat. Pest, Seuchen, Hungersnoth haben vielleicht nicht mehr Opfer, als die sogenannten „Abhärtungsversuche" dahin gerafft.

Wiewohl nun ältere Kinder bei zweckmässiger Bekleidung in dem schlimmsten Wetter ausgehen dürfen, so lässt sich diese Regel doch nicht auf Kinder, welche noch nicht sechs Monate alt sind, anwenden. Das Einathmen sehr kalter Luft in einem strengen Winter ist ihnen schädlich, und wenn man ihnen das Gesicht nicht mit einem doppelten Schleier bedecken kann, so ist es besser, sie in warmen, luftigen Zimmern zu halten.

Mit den hier angegebenen Mitteln wird man die Vorboten der Gehirnentzündung fast immer zu beseitigen im Stande sein; wenn man die Kinder aber von Anfang gut behandelt, so werden jene Symptome nur verhältnissmässig selten erscheinen. Besonders ist eine frühzeitige Beachtung dieser Symptome bei solchen Kindern nothwendig, in deren Familie der Hydrokephalus schon wiederholentlich vorgekommen ist, oder wenn das Kind einen Schlag gegen den Kopf erhalten hat. Wenn diese Hirnsymptome der oben angegebenen Behandlung nicht bald weichen, so muss der Arzt endlich genau erwägen, ob er nicht, von der Ansicht ausgehend, dass sich bereits eine vollständige Entzündung entwickelt habe, Blut entziehen und andere antiphlogistische Mittel in Anwendung bringen soll. Diese Bestimmung gehört oft zu

den schwierigsten Aufgaben für den Arzt. Die pathognomonischen Symptome, welche er hierzu kennen muss, werde ich bei der Diagnose der Entzündung des Gehirns angeben.

II. *Analysen und Kritiken.*

Ueber die Natur, die Ursachen und die Behandlung der Skropheln.

(*Scrofula; its nature, its causes, its prevalence and the principles of treatment, by Benjamin Philipps, Surg. to the Westminster Hospital. London 1846,* 8. 379 S.)

(Schluss, s. voriges Heft S. 361.)

Wir kommen jetzt zur Behandlung der Skropheln; auch hier ging der Verf. denselben Weg, den er in der Darstellung der Ursachen wandelte, nämlich es kam ihm nicht darauf an, die Therapie speziell in Bezug auf alle die einzelnen Formen durchzuführen, sondern nur allgemeine Ansichten und Regeln für die Behandlung festzustellen. Er theilt die Kur der Skropheln in eine vorbeugende und in eine heilende. Die Vorbeugungskur umfasst alle diejenigen Maassregeln, welche sowohl die Entwickelung der Prädisposition zu den Skropheln als auch die Entwickelung der Skropheln selber, falls bereits die Prädisposition dazu vorhanden ist, verhüten. Die Mittel, die der Verf. hier nennt, sind folgende:

1) Ehe zwischen gesunden Personen. Hr. Lugol, indem er auf die Gesetzgebung in Sparta sich bezieht, welche darauf berechnet war, den Staat mit gesunden kräftigen Bürgern zu bevölkern, will nicht, dass es bei uns etwa auch so geschehe, wie bei den Spartanern, wo die schwächlichen und kränklich gebornen Kinder getödtet wurden; aber er will, dass den kränklichen und schwächlichen Personen das Heirathen untersagt werde. Der Verf. des vor uns liegenden Werkes giebt zu, dass auch dies eine Maassregel ist, die in unseren verwickelten sozialen Verhältnissen nicht durchgeführt werden kann.

2) Nahrung. Schon von früh an, dringt der Verf., müsse die Nahrung so berechnet sein, dass sie eine gesunde und kräftige Blutbereitung zu wege bringt. Dem Neugebornen ist die Muttermilch

die beste und geziemendste Nahrung. Wenn diese aber nicht zu haben ist, oder wenn sie nicht genügt, so muss sie durch die Milch einer Amme ersetzt werden. Ist diese auch nicht zu haben, so muss Thiermilch benutzt werden. Von aller Thiermilch ist die Eselinnmilch der Frauenmilch am nächsten kommend; weit mehr entfernt sich die Kuhmilch. In grossen Städten bekommt man die Kuhmilch nicht rein, sondern gewöhnlich mit etwas Wasser verdünnt, was weniger schaden würde, und zusammengemengt von oft mehr als fünfzig Kühen, was für die gleichförmige Güte der Milch von Nachtheil sein muss; ausserdem erhält man die Milch immer erst mehrere Stunden nach dem Melken und nachdem sie durch Herumfahren oder Herumtragen viel geschüttelt worden, so dass sich gewisse Theile aus ihr schon abgeschieden haben und sie nicht mehr die homogene Flüssigkeit darstellt, welche sie wenigstens gleich nach dem Melken ist. Es ist allerdings schwierig, diesen Uebelständen, namentlich in grossen Städten, abzuhelfen, allein es ist gut sie zu bezeichnen, damit ein Jeder wisse, auf welche Weise er in seinem Wirkungskreise diesen Uebelständen zu begegnen vermag. Bedenken muss man auch, dass die Muttermilch von Monat zu Monat in ihren Bestandtheilen sich verändert, dass zwischen dem Kolostrum und der Muttermilch nach 9monatlichem Säugen ein ungemeiner Unterschied ist, während die statt der Muttermilch gereichte Thiermilch, namentlich die Kuhmilch oder die statt derselben gewählte dünne Fleischbrühe, immer dieselbe bleibt. Es muss endlich noch bedacht werden, dass bei dem Akt des Saugens alle Theile des Mundes im Kinde, besonders die Speicheldrüsen, sehr angeregt werden, und dass dieses zur Verdauung viel beiträgt, während bei der künstlichen Ernährung der Kinder durch Löffel, Trinkgläser oder Näpfchen dieses nicht stattfindet. Zwar hat man sogenannte Saugeflaschen erfunden, aber wie wenig diese die warme, elastische, strotzende Mutterbrust zu ersetzen vermögen, weiss Jeder. — Wenn das Kind aufhört zu saugen, wie muss es nun genährt werden, damit es nicht zu Skropheln komme? Der Verf. ist der Ansicht, dass eine gemischte Nahrung, nämlich keineswegs eine rein thierische, aber auch keineswegs eine rein pflanzliche, den Kindern gezieme, jedoch ist er der Ansicht, dass auch die beste Nahrung nicht im Stande ist, die Skropheln zu verhindern, wenn nicht die übrigen Umstände günstig dazu sind. Jedenfalls muss die Nahrung nicht nur dem Klima und der Jahreszeit, sondern auch der Individualität und den sonstigen Lebenszuständen des Kindes angemessen sein. Die Nahrung muss auch leicht

verdaulich sein, weil nur auf diese Weise ein guter Chylus und ein gutes Blut bereitet werden kann.

3) Luft. Die Luft, die das Kind athmet, muss rein sein; es versteht sich von selber, dass eine schlechte, mit schädlichen Effluvien geschwängerte Luft nachtheilig wirken muss; aber was der Verf. besonders hier heraushebt und was auch andere Praktiker bestätigen können, ist, dass ein blosser Wechsel der Luft, ganz abgesehen von ihrer Reinheit, schon hinreicht, die Skrophulosis und die Prädisposition dazu zu tilgen. So hat der Verf. gesehen, dass nicht nur Kinder, nachdem sie von London auf das Land gebracht, sondern umgekehrt auch Kinder, die vom Lande nach London übergesiedelt worden waren, ihre Skrophulosis, die sie unter der besten Behandlung bis dahin nicht los werden konnten, verloren.

4) Körperliche Bewegung. Die Kinder werden, namentlich in den Städten, viel zu sehr in den Zimmern gehalten und viel zu früh zum Sitzen gebracht und in die Schule geschickt. Gegen den Nachtheil, der daraus entspringt, kann die beste Nahrung und die reinste Luft nicht aufkommen. Die geringe Bewegung, die den Kindern in der Erholungsstunde gestattet wird, ja selbst eine oder zwei in der Woche ihnen spärlich zugemessene Stunden zu gymnastischen Uebungen können keinen Ersatz gewähren für das Herumtummeln und das Spielen im Freien, wozu die Natur die Kinder antreibt und was für ihre Körperbewegung von so ausserordentlichem Nutzen ist. Es giebt drei Dinge, welche die präventive Behandlung der Skrophulosis ausmachen, nämlich gute angemessene Nahrung, frische reine Luft und gehörige körperliche Bewegung.

Was die eigentliche Kur der ausgebildeten Skropheln selber betrifft, so kann man die Mittel, welche die kurative Behandlung der Skropheln darbietet, in 2 Abtheilungen bringen: wirkliche Heilmittel, und solche Mittel, die man früher sympathetische zu nennen beliebt hat, und welche allenfalls psychische genannt werden können. Zu diesen letzteren gehört besonders das Auflegen der Königshand, oder, wie es in alten Zeiten bei den Engländern genannt wurde: *The Royal Touch* oder bei den Franzosen: *Pattouchement royal.*

Der Verf. hat sich bemüht, diesen letzteren Gegenstand geschichtlich und philosophisch aufzufassen, und da wir glauben, dass es unseren Lesern nicht uninteressant sein wird, über diesen, obwohl ob-

kleten, jedoch interessanten Punkt etwas Näheres zu erfahren, so wollen wir dem Verf. im Geschichtlichen wörtlich nachfolgen.

„Die Verbindung abergläubischer Gebräuche mit der Kunst, Krankheiten zu heilen, scheint seit den urältesten Zeiten vorhanden gewesen zu sein, und in der That, wenn man bedenkt, welche Macht die Einbildungskraft hat, vielen Einfluss ausgeübt zu haben. Die Bewohner des alten Britanniens und des alten Gauls wandten sich an die Druiden in Krankheitsfällen, nicht nur, weil sie sie für weise und gelehrt hielten, sondern auch, weil sie zwischen der Kunst zu heilen und den Gebräuchen der Religion einen sehr innigen Zusammenhang annahmen. Die 5 Bücher Mosis enthalten bekanntlich viele Vorschriften, wie in gewissen Krankheiten zu verfahren sei, und was gethan werden müsse, um die Menschen in guter Gesundheit zu erhalten. Die heilige Schrift erzählt von vielen Kranken, welche durch die Einwirkung von Propheten und heiligen Männern gesund geworden sind. In vielen von Mohamedanern bewohnten Ländern werden noch die schweren Kranken zu den im Geruche der Heiligkeit stehenden Männern gebracht, damit diese sie berühren und einige Verse aus dem Koran über sie aussprechen. Von ganz besonderem Einflusse sind aber offenbar die Heilungen gewesen, die Jesus mit seinen Jüngern vollzogen haben soll. Die Berührung des Kranken war eine der Manipulationen, die gewöhnlich am häufigsten bei solchen Heilungen stattfanden. So verlangte Naama vom Propheten Elischah, dass er mit der Hand über den Aussätzigen fahre und und ihn so heile. Plinius sagt im 2ten Kapitel des 7ten Buches, dass Pyrrhus eine Milzkrankheit dadurch heilte, dass er die grosse Zehe des rechten Fusses auf das Hypochondrium eines Kranken legte, der vor ihm lag. Tacitus und Suetonius berichten, dass Vespasian zu Alexandrien 2 Menschen, einen Blinden und einen Lahmen, dadurch heilte, dass er sie mit der Hand berührte. Woher es eigentlich kommt, dass den Königen von England und Frankreich die Macht beigelegt ist, durch Berührung mit ihrer Hand die Skropheln zu heilen, weiss der Verf. nicht zu sagen; er hat aber ausfindig gemacht, dass auch die norwegischen Könige diese Macht hatten. In der jüngeren Edda, welche nach Snorre Sturleson zwischen 1187 und 1241 gedichtet worden, befindet sich die *Heimskringla Noregen Koninga Soegor*, oder die Geschichte der norwegischen Könige. Im 7ten Buche finden wir bei der Darstellung des Lebens des Königs Olaf Haraldsson, oder wie er später genannt wurde, des heiligen Olaf, folgende Erzählung: „„Als der König war zu Gadariki, kam zu

ihm einer Wittwe Sohn, hatte eine Anschwellung in seinem Nacken und war krank fast bis zum Tode. Die Mutter des jungen Menschen war bei der Königin in Gigerda gewesen und hatte ihren Sohn mit sich genommen. Die Königin sagte zu ihr: „Du hast keinen Arzt, gehe Du zum König Olaf, sage ihm, er ist hier der beste Arzt; und bitte ihn, seine Hand auf die Anschwellung zu legen, und Dein Sohn wird gesund werden." Die Frau that, wie die Königin ihr sagte. Als sie zum König kam, erzählte sie ihm, dass ihr Sohn mit der Anschwellung des Nackens zum Tode krank sei, und bat ihn, seine Hand auf die Anschwellung zu legen. Der König sagte zu ihr, er wäre kein Arzt, und sie solle gehen und sich einen suchen. Die Frau aber sagte, dass die Königin sie gesendet und ihr aufgetragen habe, vom König zu verlangen, dass er das Mittel anwende, welches er kenne, und dass er hier der beste Arzt wäre. Darauf legte der König seine Hand dem Jungen auf den Nacken und hielt die Anschwellung, bis er seinen Kiefer leicht bewegen konnte; dann rief er nach Brod, legte es sich kreuzweise in die Hand, und brachte etwas davon dem Jungen in den Mund. Dieser verschluckte es und aller Schmerz verlor sich alsbald aus der Geschwulst, und nach kurzer Zeit war er gesund zu grosser Freude seiner Freunde und Nachbarn. „Der Kompilator der Heimskringla glaubt, dass das Handauflegen häufig in Skandinavien geübt worden, und dass es von dem mystischen Verfahren der Druiden sich herleite."

„Wann das Handauflegen zuerst von den Königen von Frankreich geübt worden, kann ich nicht bestimmt angeben. Forcatulus schreibt es dem Clovis zu, und einige französische Autoren sind der Meinung, dass durch den heiligen Remigius, Erzbischof von Rheims, im Jahre des Heils 496 nach der Schlacht von Tolbiak die Heilkraft auf Clovis übertragen worden. Barbier (*les miraculeux effets de la sacrée main des Rois de France pour la guérison des maladies etc.* Lyon 1618), Zentgraff (*de tactu regis Franciae etc.* Viteb. 1675) und Hilscher (*Progr. de cura strumarum contactu regio facta,* Jenae 1730) schreiben diese Heilkraft dem Clovis und allen merovingischen Königen zu. Dupleix und Daniel, französische Geschichtsforscher, glauben nicht, dass irgend einer der fränkischen Könige vor Philipp I., der 1060 den Thron bestieg, die Heilkraft besessen, und doch sagt Guibert, Abbé von Nogent, dass zu gewissen Zeiten Philipp I. die Heilkraft wieder verlor, aber dass er oft Ludwig den Dicken das Handauflegen unter dem Zeichen

des Kreuzes mit Erfolg habe verrichten sehen. Ludwig der Dicke regierte nicht eher als 1108. Wilhelm von Nangis sagt, dass erst Ludwig der Heilige beim Auflegen der Hände auf kranke Personen das Zeichen des Kreuzes benutzte; allein es scheint aus dem, was Guibert angegeben, dass der heilige Ludwig die Anwendung des Kreuzes auf diese Weise nicht erdachte, sondern nur wieder von Neuem in Anwendung brachte. Papst Bonifacius VIII. sagt in seine Bulle, behufs der Heiligsprechung des Königs Ludwig, dass unter anderen Wundern, die der König that, er auch mit der Berührung seiner Hand viele Kranke heilte, welche am sogenannten Königsübel litten. Es wird berichtet, dass Philipp von Valois an 1400 skrophulöse Kranke durch Berührung mit der Hand geheilt habe. Franz I. verrichtete solche Kuren durch Handauflegen im Jahre 1515 zu Bologna, während er sich unter den Spaniern als Gefangener befand, und zwar in Gegenwart des Papstes. De Conti und Corbie, Historiographen von Frankreich, welche im 15ten Jahrhundert schrieben, schildern die Zeremonien, welche Karl VI. bei dieser Handauflegung beobachtete: „„erst wurde feierliche Messe gehalten, welcher der König beiwohnte, dann wurde ein grosses Gefäss mit Wasser gefüllt vor ihn gebracht, und Se. Majestät legte, nach einem abgehaltenen Gebete vor dem Altar, seine rechte Hand auf den Leidenden, wusch sie darauf in dem Wasser, welches der Kranke wegtrug und beobachtete dann ein 9tägiges Fasten.““ Ein anderer Geschichtschreiber berichtet, dass er Karl VIII. während seines Besuches in Rom Skrophelkranke, die zu ihm gebracht wurden, durch Berührung derselben heilen sah, zu grosser Verwunderung der erstaunten Italiener. Von Franz I. ist schon die Rede gewesen; während seiner Gefangenschaft unter den Spaniern liefen Viele zu ihm, um sich von den Skropheln heilen zu lassen, weil die spanischen Könige nicht die Gabe besassen, durch Berührung ihrer Hand diese Krankheit wegzubringen.

Jakob Moyen, ein Spanier, der sich nach Paris übergesiedelt hatte, Nadler von Profession, erbat sich von Heinrich III. im Jahre 1576 die Erlaubniss, in einer der Vorstädte von Paris ein Hospital zur Aufnahme der grossen Menge Skrophelkranker zu erbauen, die aus allen Gegenden nach Paris kämen, um sich durch die königliche Hand berühren zu lassen; die darauf eintretenden Bürgerkriege aber verhinderten es. Nach Dionis berührte König Heinrich III. viermal im Jahre und jedesmal 7—800 Skrophelkranke, von denen viele, die den rechten Glauben hatten, geheilt wurden. Die späteren Könige

von Frankreich setzten zwar diese Kurmethode fort, aber nur bei feierlichen Gelegenheiten; nach Gemelli berührte noch Ludwig XIV. am Ostersonntage 1686 an 1600 Skrophelkranke, indem er sich dabei der Worte bediente: Der König berührt, Gott heile Dich (*le roi te touche, dieu te guérisse*). Unter Ludwig XV. fiel diese Manipulation in Vergessenheit, bis sie von Karl X., der alle königlichen Prärogativen, selbst diejenigen, welche der Aberglauben und die finstere Zeit des Mittelalters begründet hatten, gern wieder in Geltung gebracht hätte, bei seiner Krönung von Neuem wieder eine Anzahl Skrophelkranke berührte; Alibert bemerkt hierbei, diese Zeremonie habe wenigstens den grossen Nutzen gehabt, der Wohlthätigkeit des Königs Gelegenheit zu geben, einer grossen Zahl armer Leute Unterstützung zukommen zu lassen."

„Die meisten Autoren, die über diesen Gegenstand geschrieben haben, sprechen sich dahin aus, dass die englischen Könige die Skropheln durch Anrühren früher heilten, als die fränkischen Könige; und unter den englischen Autoren herrscht die Ansicht vor, dass Eduard der Bekenner, welcher 1041. den Thron bestieg, zuerst diese Heilart geübt habe. So berichtet Wilhelm von Malmesbury in seinem Werke *de regibus Angliae*, dass, während Eduard in einem Palaste in der Nähe der St. Peters-Kirche zu Westminster residirte, er durch Berührung einen Irländer heilte, der ein Krüppel und mit jauchenden Geschwüren bedeckt war. Auch erwähnt er einer jungen Frau, welche sehr kränkelte und grosse Knoten am Halse bekam, und die, durch einen Traum veranlasst, zum König ging mit der Bitte, dass er sie berühre und heile. „„Sie ging zu Hofe und der König in tiefer Andacht tunkte seine Finger in Wasser und besprengte damit den Hals der Frau; und kaum hatte er die Hand weggenommen, so befand sie sich besser; die ekelhaften Scherfe stiessen sich ab und der Eiter brach aus den Geschwülsten heraus, die sogleich einsanken; nur blieben die Ränder der Geschwüre weit auseinander stehen und sie rochen sehr übel; aber die Kranke fuhr fort zu Hof zu gehen, bis sie gesund war, welches geschah, ehe noch eine Woche verging; die Geschwüre vernarbten so gut und die Haut war wieder so heil, dass von der früheren Krankheit kaum etwas zu sehen war."" Viele andere Schriftsteller bezeugen, dass Eduard eine Menge solcher Kranken, während er in der Normandie lebte, durch Besprengen und Berührung geheilt habe. In wie weit die späteren Könige nach Eduard dem Bekenner diese Heilkunst geübt haben, lässt sich nicht bestimmt

sagen; aber in den, in den Archiven des Tower befindlichen Berichten über den Haushalt des Königs Eduard I. findet man, dass er 182 Kranke durch Berührung geheilt habe. Eduard IV., Heinrich IV. von England waren besonders thätig in dieser Praxis. Obwohl es hiess, dass diese Gabe nicht auf die Königinnen überginge, so berichtet doch Fraud, die Königin Elisabeth sei in jeder Beziehung so sehr König gewesen, dass sie auch die Gabe besessen, Skrophelkranke durch Berührung zu heilen, was sie auch wirklich mehrmals gethan. Uebrigens war dieses Heilverfahren für diese Könige ein sehr kostspieliges, denn jeder Skrophelkranke wurde beschenkt, und zur Zeit Elisabeth's betrug diese Ausgabe jährlich 3000 Pfund Sterling. Da aber das Geschenk viele Kranke anlockte, und die Zahl derer, die sich meldeten, von Jahr zu Jahr grösser wurde, so wurde das Geschenk, das jeder Kranke bekam, verringert. Im Jahre 1616 erliess Jakob einen Befehl, dass während der Sommermonate kein Kranker an ihn sich wenden dürfe, und im Jahre 1626 einen andern Befehl, dass Jeder, der sich melden wolle, ein Attest besitzen müsse, dass er wirklich an Skropheln krank und noch nie vorher berührt worden sei. Unter Karl I. war der Andrang sehr gross, und nachdem Cromwell sich vergeblich bemüht hatte, wie Brown angiebt, durch Berühren mit seiner rechten Hand Skrophelkranke zu heilen, wurde nach der Restauration die Zahl der Kranken, welche sich an Karl II. wendeten, so gross, wie es noch nie vorher der Fall gewesen. In 12 Jahren wurden 92107 Kranke vom Könige berührt, und an einem Tage, im Juni 1660, an 600 Personen. Jakob II. übte auch noch die Kunst, und selbst sein Sohn, verbannt und flüchtig, besass, wie die Autoren sagen, die Gabe, Skrophelkranke durch Berührung mit seiner Hand zu heilen; denn in den Hospitälern von Paris verrichtete er auf diese Weise Heilungen zur grossen Ueberraschung der Franzosen. Es scheint, dass am 30sten März 1714 zum letzten Mal diese Berührung statt hatte; der Königin Anna wurden 200 Skrophelkranke vorgestellt, welche sie an diesem Tage berührte; Anna starb am 1sten August 1714, und mit der Gelangung des hannöv. Hauses auf den englischen Thron verschwand diese königliche Kunst."

„Unter den vielen Vorurtheilen ist eins besonders merkwürdig, und es ist noch nicht ermittelt, woher es seinen Ursprung genommen. So wurde in England allgemein geglaubt, dass der siebente Sohn eines siebenten Sohnes, oder noch mehr der neunte Sohn eines neunten Sohnes, ohne dazwischen gewesene Töchter, die Kraft besitzen, durch Be-

streichen mit ihrer Hand die Skropheln zu heilen; dieser Glaube hat auch in Frankreich geherrscht, und der Verf. führt ein Werk an, welches 1643 zu Aix erschien und den Titel hatte: *Traité de la guérison des écrouelles par le touchement des septénaires.* Uebrigens besitzen wir auch von Aerzten Schriften über die Heilung der Skropheln durch die königliche Hand; so von Dr. Thomas Allen, Leibarzt Karl's II. (eine Abhandlung unter dem Titel: *The Excellency or Handywork of the Royal Hand*), ferner von Richard Wiseman, Leibwundarzt nach der Restauration, und John Brown, welche Beide sehr viel über das Königsübel oder die Skropheln geschrieben haben, und gar nicht genug von den Wunderkuren, die des Königs Hand verrichtete, zu erzählen vermochten. So viel und vielleicht schon zu viel über diesen Gegenstand."

Wir müssten nun dem Verf. noch in seiner Darstellung der übrigen Mittel nachgehen, welche sich einen Ruf gegen die Skrophelkrankheiten erworben haben. Die Mittel, die er besonders durchnimmt, sind Merkur, Jodine, salzsaurer Baryt, salzsaurer Kalk, gebrannter Schwamm, Alkalien, Leberthran, Seeluft und Landluft. Da er aber zuletzt mit einem Rückblick oder einem Resumé schliesst; so glauben wir nur dieses letztere wörtlich mittheilen zu dürfen, um die Ansichten des Verf. unsern Lesern darzuthun.

„Nachdem wir nun," sagt der Verf., „die Mittel, welche gegen die Skropheln sich einen Ruf verschafft haben, einzeln durchgenommen, wollen wir sie jetzt zusammenfassen, um darauf einen allgemeinen Heilplan zu gründen, wie er unserer Ansicht nach gegen die Skropheln befolgt werden muss. Zuvörderst wollen wir annehmen, dass wir mit einem 10 Jahre alten Kinde zu thun haben, welches eine skrophulöse Konstitution zeigt, die durch allgemeine Schwäche und das Vorhandensein von Drüsengeschwülsten am Halse sich kund giebt; wir wollen ferner annehmen, dass wir nicht sagen können, ob in diesen Drüsen Skrophelstoff sich abgelagert habe oder nicht. Gestatten es die Umstände des Kranken und der Jahreszeit, so wird das Erste sein, was wir zu thun haben, dass wir das Kind von dem Orte wegbringen, wo es seine Skropheln bekommen hat; der Ort, wohin es gebracht wird ist von viel geringerer Wichtigkeit, als das Wegbringen selber. Eine trockene, warme Lokalität, günstig gelegen für körperliche Bewegung, ist, glaube ich, am besten, und wenn es möglich ist, so will ich sogar rathen, alle Monate oder alle 2 Monate eine Veränderung des Aufenthalts mit dem Kinde vorzunehmen; es ist dieses besser, als ein ver-

längertes Verbleiben an einem und demselben Orte. — Die Nahrung muss kräftig, gut und ausreichend sein; thierische Nahrung in nicht zu grosser Menge, allenfalls zweimal des Tages, wenn sie gut ertragen wird; erschlaffende, wenig nahrhafte grobe Speisen müssen besonders vermieden werden; die belegte Zunge der Skrophelkranken reinigt sich oft allein unter einer gehörig geordneten Diät. Das Kind muss so viel körperliche Bewegung haben, wie es ertragen kann, ohne ermüdet zu werden, und um das Kind dazu zu veranlassen, muss es Gelegenheit haben, herum zu spielen. Denn nichts giebt es, das die Zirkulation so sehr in Thätigkeit setzt, nichts giebt es, das den Appetit und die Verdauung so sehr rege hält, als körperliche Bewegung. Das Schlafzimmer muss luftig sein und der Körper des Kindes muss mit warmem Flanell wohl gerieben werden, ehe es angezogen wird. Durch dieses Verfahren wird die einfache Skrophulosis, d. h. diejenige, wo Skrophelablagerung noch nicht stattgefunden hat, allein geheilt werden können. Es kann aber der Fall sein, dass der Appetit schlecht, die Zunge belegt, und der Magen nicht im Stande ist, seine Funktionen gehörig zu vollziehen; es wird dann unter Umständen ein gelegentlich angewendetes Brechmittel die Zunge reinigen, den Appetit schnell bessern. Bleibt aber Verstopfung zurück, weil der Darmkanal an Tonus verloren hat oder weil er in einem krankhaft reizbaren Zustande sich befindet, sind die Ausleerungen wegen Fehlen der Galle thonfarbig, oder sind sie sonst von übler Beschaffenheit, so müssen noch andere Mittel gegeben werden, entweder Merkurialien, Rhabarber, Alkalien, bittere Mittel und dergl. Beim fehlenden Tonus passen auch Wein, bitteres Bier u. s. w. In Fällen, wo die Konstitution im Allgemeinen nicht besonders ergriffen ist, können der Merkur, die Jodine und der Baryt sich als Alterantia sehr heilsam erweisen; wo eine sehr grosse Welkheit der Texturen verhanden ist, da passen China und Eisen, und wo die Ernährung danieder liegt und es darauf ankömmt, dem Körper mehr Fülle zu geben, da findet der Leberthran seine Stelle.

Hat in einer oder in mehreren Drüsen eine Ablagerung von Skrophelstoff stattgefunden, so wird sich diese Ablagerung nicht von selber verlieren, da sie, wie ich glaube, nicht absorbirt werden kann; entweder kann der abgelagerte Stoff ruhig verbleiben und mit der Zeit kalkartig werden, um so Jahre lang träge zu beharren, oder er kann rund umher eine lebhafte Entzündung erregen und durch Eiterung nach aussen hin sich Bahn machen. Letzteres ist jedoch nicht der

gewöhnliche Ausgang einer skrophulösen Drüsenanschwellung; von 20 solchen angeschwollenen Drüsen geht kaum eine in Eiterung über. Hat aber Eiterung stattgefunden, so ist, selbst wenn sich Fluktuation gebildet hat, äusserst schwierig im Voraus anzugeben, wie verfahren werden müsse. Indessen, glaube ich, kann als Regel festgestellt werden, dass, wenn Ulzeration nicht durchaus zu fürchten ist, die Kunst nicht einzuschreiten habe. Nur wenn bei deutlicher Fluktuation die Haut sehr dünn ist, und wenn zu fürchten steht, dass durch Zerstörung der Haut sehr übele Narben und vielleicht gar Fisteln sich bilden werden, so ist die Anwendung des Messers, oder bei träger livider Farbe der Haut die Anwendung der Aetzmittel vorzuziehen. Was die örtliche Behandlung betrifft, so versteht sich von selber, dass sie nach den verschiedenen Umständen verschieden sein muss; denn während bei sehr entzündlichen akuten aktiven Zuständen Kataplasmen und dergl. anwendbar sind, so passen bei den mehr chronischen trägen Geschwülsten Einreibungen von Merkur und Jodine."

Hiermit schliesst der Verf. sein Resumé; wir müssen gestehen, dass es sehr dürftig ausgefallen ist, dass wir nach den vielen gelehrten Untersuchungen, die der Verf. vorangeschickt und nach der grossen Mühe, die er sich gegeben hat, gerade in diesem letzteren Theile etwas viel Gründlicheres erwartet hätten. Eine allgemeine Therapie der Skrophelkrankheit mit Hinweisung auf die verschiedenartigen Gestalten, welche die Skrophelkrankheit annimmt, und auf die allgemeinen Indikationen für die verschiedenen einzelnen, sogenannten Antiskrophulosa würde von grossem Nutzen gewesen sein. Aus dem, was der Verf. hier gegeben hat, lässt sich im Allgemeinen wenig lernen; es ist nur das Gewöhnliche, was er gesagt hat und was sich überall findet. Dennoch werden, nur um endlich über das Buch im Allgemeinen ein Urtheil zu fällen, alle Diejenigen es sich anschaffen müssen, die mit dem Studium und der Darstellung der Skropheln sich befassen, weil man nirgends so viele statistische und anderartige Data zusammen gesammelt findet als hier. Für ein englisches Buch ist das Werk auch nicht theuer.

III. Klinische Mittheilungen.

King's College-Hospital in London (Klinik von W. Fergusson).

Ueber Lithiasis und Steinoperationen bei Kindern.

Erster Fall: F. C., 4 Jahre alt, wurde am 20sten Oktober 1844 aufgenommen. Der Angabe der Mutter zufolge hatte der Knabe schon 3 Jahre vorher Harnbeschwerden gezeigt; der Strahl des Urins wurde nämlich öfters plötzlich unterbrochen, und fing dann nur erst wieder an, wenn die Lage des Kindes verändert wurde. Da sie von einem Wundarzte erfuhr, dass das Kind an Gries leide, so ging sie mit ihm nach verschiedenen Hospitälern, wo aber kein Stein entdeckt werden konnte. Sie brachte darauf das Kind, da es schlimmer wurde, nach dem King's College-Hospital, wo es fast einen Monat blieb, und dann sehr gebessert entlassen wurde. Am 18ten Oktober trat aber vollkommene Harnverhaltung ein, und ein Wundarzt, der den Urin abzog, erklärte, dass ein Stein in der Blase vorhanden sei. Das Kind wurde jetzt wieder in das letztgenannte Hospital gebracht, aber es konnte der Stein nicht entdeckt werden. Erst am 23sten, nachdem das Kind seinen Urin unfreiwillig abgelassen, entdeckte Hr. F. den Stein, und zwar, wie es schien, in einer Tasche in der Harnröhre dicht auf dem Blasenhalse; in der Blase selber war aber nichts zu fühlen. Am 2ten November konnte der kleine Kranke wieder seinen Urin nicht gehörig lassen, und bekam, als ihm ein Katheter eingeführt wurde, ein heftiges Frösteln mit Neigung zum Erbrechen. Es folgte darauf eine sehr üble Nacht mit grossen Schmerzen; am Morgen wurde der Katheter von Neuem eingeführt; es geschah aber dieses mit grosser Schwierigkeit, da ein Stein den Kanal nahe dem Blasenhalse verstopfte. Es wurden etwa 6 Unzen dunkelfarbigen Urins abgezogen. Der Puls war schnell, die Zunge belegt, der Durst gross und Appetit nicht vorhanden. Am 3ten war der Zustand derselben besser, nur war die Vorhaut etwas ödematös, und am 4ten entdeckte man den Stein vorn vor dem Hodensacke; durch einige Manipulationen wurde er längs der Harnröhre bis zur vorderen Mündung geschoben, und da er zu gross war, um aus dieser heraustreten zu können, so machte Hr. F. mit der Spitze des Bisturis einen kleinen Einschnitt und zog nun den Stein mit Leichtigkeit heraus. Dieser hatte eine

ovale Form, war vom Umfange einer grossen Erbse und schien aus lithischer Säure zu bestehen.

„Einer der auffallendsten Züge in diesem Falle", sagt Hr. F., „ist der Umstand, dass der Stein nur mit so grosser Schwierigkeit entdeckt werden konnte. Dass ein Stein da sein musste, ging aus den übrigen Symptomen ziemlich hervor, aber trotz dieser Ueberzeugung, trotz eifriger und wiederholter Untersuchungen konnte ich den Stein nicht finden. Es kommt dieses von Zeit zur Zeit bei Steinkranken vor, aber bei Kindern findet dieses noch seltener statt als bei Erwachsenen. Nachdem ich endlich den Stein entdeckt und seine Lage richtig erkannt hatte, ging ich mit mir zu Rathe, was zu thun sei. Von der Operation stand ich sogleich ab, theils weil ich den Stein nur als sehr klein erkannte, so dass jedenfalls noch ein operativer Eingriff aufgeschoben bleiben konnte, theils aber auch, weil ich erkannte, dass er am Blasenhalse so fixirt war, um eine längere Beobachtung des Kranken zu erheischen, ehe zur Lithotomie geschritten werden konnte. Die Natur machte diese Operation unnöthig, denn der Stein begab sich, wie Sie erfahren haben, ganz von selber aus seiner gefährlichen Lage. Es ist hierbei bemerkenswerth, dass der Stein erst um diese Zeit aus seiner Lage gewichen ist, und nicht früher, als er noch kleiner war; ich bin überzeugt, dass er bei Erwachsenen nicht so lange in dieser Stelle geblieben wäre. Uebrigens war, wie die Krankengeschichte gezeigt hat, dieses Hinauswandern des Steins aus seiner Lage nicht ohne Gefahr für den kleinen Kranken, denn es war diese Prozedur mit Fieber und Reizung begleitet. Ich gestehe, dass, wenn ich den Stein für so gross gehalten hätte, wie er wirklich war, ich nicht angestanden haben würde, im Damme einen Einschnitt zu machen und den Stein zu entfernen; es wäre dieses immer noch eine sehr gefährliche Operation gewesen, aber die Furcht vor einer Ruptur der Harnröhre und daraus entspringender Harninfiltration hätte mich dazu bewogen. Das Fieber und der Reizungszustand der kleinen Kranken, sowie andererseits der nur noch geringe Durchmesser des Harnröhrenkanals bei so kleinen Knaben würde mich dazu angetrieben haben. Man sieht aber in diesem Falle, was die Natur vermag, und es geht daraus hervor, dass, wenn der Stein klein ist, man jedenfalls mit der Operation zögern muss. Besonders ist von der Naturhülfe im kindlichem Alter sehr viel zu erwarten. Wäre es mir nicht gelungen, den Stein durch Vorwärtsdrücken bis zur vorderen Mündung bis zur Harnröhre zu bringen, so würde ich versucht haben, durch Anwendung der

Belladonna erschlaffend auf die Harnröhre zu wirken, um so den Stein herauszuschaffen."

Zweiter Fall: H. B., $4\frac{1}{2}$ Jahr, wurde am 10ten September 1844 mit einem kleinen Stein in der Harnröhre aufgenommen. Am 11ten Oktober wurde der seitliche Steinschnitt auf die gewöhnliche Weise gemacht, und ein Maulbeerstein von der Grösse einer Pferdebohne wurde herausgeschafft. Am 8ten November war das Kind geheilt. Dieser Fall gab zu folgenden Bemerkungen Gelegenheit. „Was auch in neuerer Zeit über die Anwendbarkeit der Lithotritie bei Kindern gesagt worden ist, so halte ich doch die Lithotomie und zwar den alten Celsischen Steinschnitt für die beste Methode; denn die Erfahrung hat mich gelehrt, dass dabei die Kinder verhältnissmässig viel besser wegkommen als bei der Lithotritie. Wenn diese letztere Operation schon bei Erwachsenen viele Uebelstände darbietet, so ist es besonders bei Kindern der Fall. Die Unruhe des kleinen Kranken, die Furcht desselben vor der Manipulation des Wundarztes, das kleine Kaliber der Harnröhre und die gewöhnliche Empfindlichkeit der Schleimhaut sind Hindernisse, welche der Ausübung der Lithotritie in diesem Alter entgegenstehen. Ich will keinesweges sagen, dass dieses Verfahren bei kleinen Knaben gar nicht ausführbar sei; ich weiss sehr wohl, dass es in einigen Fällen mit Glück vollführt worden; aber die verhältnissmässige Sicherheit, mit welcher die Lithotomie bei so kleinen Kranken, wenn sie sonst gesund sind, ausgeführt wird, bewegt mich immer, zu derselben zu schreiten, wenn ein operativer Eingriff nothwendig ist. Die Operation hatte bei diesem kleinen Kranken ebenfalls den schönsten Erfolg; die Heilung ging schnell und rasch von statten; der Stein wurde mit einer Schaufel herausgeschafft, welches ich für das beste Instrument halte, sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern, wenn der Stein klein ist."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Ueber die Ansteckungsfähigkeit des Keuchhustens.

Zum Beweise der Ansteckungsfähigkeit des Keuchhustens erzählt Hr. J. J. M'Gregor in Dublin (*Lancet,* August, 8, 1846) folgende Geschichte. E. und A. P —, zwei Schwestern, erstere 10, letztere

7 Jahre alt, bekamen im Januar 1846 in London den Keuchhusten. Sie wurden aber damit in die Schule gesendet. In dieselbe Schule gingen zwei andere Mädchen, R. M— und A. G—; diese waren ganz frei vom Husten, aber nach 10 Tagen hatten sie auch den Keuchhusten. Um diese Zeit bekam jedes Kind in der Schule den Keuchhusten, und nur diejenigen blieben frei, welche diese Krankheit schon gehabt hatten. Etwa 6 Wochen nach Beginn des ersten Stadiums und einen Monat nach der Erkrankung des letzten Kindes der Schule wurde ein kleines Mädchen, M. M—, das noch nicht den Keuchhusten durchgemacht hat, in dieselbe geschickt, aber dieses Kind blieb frei, zum Beweise, dass nun die Kontagiosität erloschen war.

---

2. Ueber Kopfausschläge bei Kindern, besonders über *Eczema capitis* und dessen Behandlung.

„Das *Eczema capitis*," berichtet Dr. Bartley (*Lancet*, August, 1846), Arzt in Bristol, nachdem er einen Fall und dessen Heilung mitgetheilt hat, „ist ein sehr häufiges Kopfleiden bei den Kindern der niederen Klassen grosser Städte, namentlich in solchen Familien, die in sehr eng zusammen gebauten und schlecht gelüfteten Stadttheilen wohnen. Das Ekzem ergreift mehr skrophulöse Kinder, bei denen es durch Vernachlässigung und Mangel an Reinlichkeit oft zu einer chronischen Krankheit sich gestaltet. Sehr leicht kann das Ekzem mit der ihm nahe verwandten Impetigo verwechselt werden. Der mehr hervorragende Theil des Kopfes ist vorzugsweise der Sitz des Ekzems, und es ist möglich, dass der an dieser Stelle regsamere Verknöcherungsprozess der Grund davon ist; man wird immer finden, dass die Haut über den Protuberanzen der Scheitelbeine, des Hinterhauptbeins und des Stirnbeins häufiger als die übrigen Theile der Schädelknochen mit der Eruption bedeckt sind. Von der Impetigo unterscheidet sich das Ekzem bekanntlich dadurch, dass es mit kleinen Bläschen beginnt, welche sogleich bersten und eine dünne Flüssigkeit absondern, welche beim Vertrocknen die Haare zusammenfilzt und die Reizung noch vermehrt. Die so gebildeten Krusten sitzen nicht so fest an wie die Impetigo-Krusten und sind zerreiblicher; die Fläche unter den Krusten ist entweder trocken, entzündet und gleichsam polirt, oder sie ist geschwollen, roth und lässt immer neue Bläschengruppen hervorschiessen.

Was die Behandlung des Kopfekzems der Kinder betrifft, so müssen wir zuerst darauf ausgehen, die Sekretion der Darmschleimhaut zu verbessern; denn wir finden sie fast immer in einem sehr trägen Zustande, so dass die Ausleerungen sparsamer und schlecht gefärbt sind, oder sie ist gereizt und krankhaft erregt, so dass die Ausleerungen nicht nur häufig sind, sondern dunkelfarbig und wässrig oder grünlich und schleimig erscheinen. Gegen den torpiden Zustand verordne man Rizinusöl, Manna mit Magnesia oder Manna mit Rhabarber, oder Magnesia mit Rhabarber und Sennasyrup in irgend einem passenden Aufgusse. Gegen den erschlafften Zustand der Darmschleimhaut mit krankhaft erregten Sekretionen verordne man kleine Gaben Kalomel oder *Hydrargyrum cum Creta* in Verbindung mit Rhabarber und Ipekakuanha. Zu gleicher Zeit muss die Diät geordnet werden. — Die Dentition steht mit den Kopfausschlägen der Kinder in einem bestimmten Verhältnisse; jedes Hervorbrechen eines Zahnes ist mit einer Steigerung der Symptome begleitet; die Kopfhaut wird heiss, roth und schmerzhaft, und Bläschen bilden sich in grösserer Zahl, und es scheint, dass der Ausschlag in der That ableitend wirkt. Ich stimme mit Denen überein, die deshalb der Meinung sind, dass man diese Eruptionen mit grosser Vorsicht behandle; die rein örtlichen Mittel, besonders die von adstringirendem Charakter, habe ich immer als sehr nachtheilig erkannt. Ganz richtig ist die Bemerkung von Rayer, dass diejenigen Kinder, welche an Ekzem des Antlitzes und Kopfes leiden, während des Zahnens selten von Konvulsionen oder hartnäckiger Diarrhoe befallen werden. Häufig werden die Lymphdrüsen angeschwellt und entzündet, und gehen bisweilen in Eiterung über; dieses hat gewöhnlich eine sehr gute Wirkung auf den Ausschlag. Kinder, bei denen das Kopfekzem mit dem Beginn der Dentition eintritt, verlieren die Krankheit nicht eher gänzlich, als bis der Zahnungsprozess vollständig vorüber ist. Unsere Behandlung muss auch nicht darauf ausgehen, in solchen Fällen den Ausschlag gänzlich wegzuschaffen und zu beseitigen, sondern nur die Symptome zu mildern, d. h. auf den Zustand des Darmkanals sein Augenmerk hinzurichten und die Entwickelung der Zähne zu begünstigen. Ausser einfachen erweichenden Abwaschungen mit Seifenwasser sind alle örtliche Mittel verwerflich, und man muss die Dentition erst vollständig abwarten, ehe man ernster mit den Mitteln vorschreitet.

---

3. Bemerkungen über die Behandlung des akuten Hydrokephalus bei Säuglingen und während der ersten Dentition.

Nach Mittheilung eines Falles spricht sich Hr. John Thomson (*Lancet*, August, 1846) folgendermaassen aus:

1) Blutentziehungen sind bei dieser Krankheit zu vermeiden, sie sind fast immer von Nachtheil, ausser in den Fällen, wo der Hydrokephalus ein rein idiopathischer ist, d. h. mit keiner Affektion des Darmkanals und mit keiner Tuberkulosis verknüpft ist. Eine geringe Blutentziehung würde nichts helfen; sie würde vielmehr schaden dadurch, dass sie den Trieb des Blutes dahin, wo die Blutegel gesetzt worden sind, noch vermehrt; und wollte man die Blutung so weit ausdehnen, dass sie wirklich einen entscheidenden Eindruck auf den entzündlichen Zustand des Gehirns macht, so würde eine Erschöpfung folgen, aus der nur wenige Kinder wieder herauskämen, zumal, wenn man noch Abführmittel nebenbei gereicht hat.

2) Eine spezifische Behandlung des Hydrokephalus giebt es nicht; das Verfahren ist zusammengesetzt aus denjenigen Mitteln, die bald dieser, bald jener Indikation genügen. Bisweilen sind Abführmittel nothwendig, bisweilen kalte Umschläge auf den Kopf, bisweilen Hautreizung und bisweilen diuretische Mittel, Jod u. dergl. Es kommt auf den Takt des Arztes an, welcher Indikation er genügen zu müssen glaubt.

3) Die Ableitung auf den Darmkanal bleibt ein sehr wichtiges Mittel, und namentlich ist ein sehr häufiger Gebrauch von Klystieren zu empfehlen. Bei allen Gehirnleiden, so auch beim Hydrokephalus, hat der Magen Neigung, sich zu erbrechen, und kann man es daher vermeiden, so bringe man nichts Reizendes in den Magen, und versuche die Heilung durch Klystiere. Will man Kalomel innerlich geben, so kann man deswegen doch die Klystiere anwenden. Zu bemerken ist, dass die Klystiere nicht gross sein dürfen; man muss das Kind auf die Seite legen und die Hüfte etwas erhöhen, und dann das Klystier, nachdem man vorher aus der Spritze die Luft herausgetrieben, sehr langsam beibringen.

Der Verf. bemerkt, dass er viele Fälle von Hydrokephalus blos durch Klystiere behandelt und hergestellt habe.

---

4. Gegen Krätze bei kleinen Kindern armer Leute.

Freilich, sagt Hr. Coley in seinem Werke über Kinderkrankheiten, ist Schwefel das beste Mittel gegen die Krätze; aber wenn es helfen soll, muss es in Salbenform alle 4 Stunden einmal eingerieben, diese Einreibung zwei Tage lang fortgesetzt und der Kranke während dieser Zeit im Bette gehalten werden; dann muss ein lauwarmes Bad folgen, der Körper besichtigt werden, und falls sich noch Krätze zeigt, die Prozedur wiederholt werden. — Man bedenke aber, dass Krätze weit mehr bei armen Leuten vorkommt als bei Wohlhabenden, dass Arme enge an einander wohnen, und dass, wenn die Krätze einmal eingekehrt ist, weit mehrere Individuen davon angesteckt werden. Es ist also das angegebene Verfahren, wie Hr. Coley richtig bemerkt, ein sehr schwer durchführbares. Er empfiehlt daher eine Salbe von ʒj Jodkalium mit ℥iß Fett, wovon Morgens und Abends auf die Krätzgegenden eingerieben wird. Denen aber, welchen diese Salbe zu theuer ist, empfiehlt Hr. Coley eine Salbe von ʒj Kreosot mit ℥iij Fett, womit die Kinder jeden Abend eingerieben werden. Diese Salbe vertragen die kleinen Kinder besser als schwarze Seife, welche ihnen sehr schnell schmerzhaftes Erythem und Exkoriationen macht. — Hr. Lawrence rühmte zu gleichem Zwecke eine Salbe aus ʒj Schwefelsäure und ℥iß Fett, zweimal täglich anzuwenden. — Hr. Johnson heilt die Krätze wit Chlorkalk.

---

5. Ueber die Furunkeldiathese bei kleinen Kindern und deren Behandlung.

Es giebt Kinder, die sonst gesund und kräftig sind, aber gar zu oft von schmerzhaften Furunkeln geplagt werden. Meistens zeigen sich diese Furunkeln zu zweien, dreien oder einzeln auf dem Rücken, den Nates, den Beinen, den Armen; seltener auf dem Bauche, noch seltener am Halse und auf dem Antlitze. Wenn der eine oder die zwei oder drei Furunkeln ihren Verlauf durchgemacht haben, so vergeht einige Zeit und dann kommen an andern Stellen wieder neue. So werden die Kinder oft Jahre lang hinter einander geplagt. — Was ist die Ursache hiervon? Hr. Coley hält (in seinem Werke über Kinderkrankheiten) Erkältung und einen krankhaften Zustand der Verdauungsorgane für die Ursache. Ersteres ist nicht wahrscheinlich,

weil die Furunkeln bei Kindern zu allen Jahreszeiten vorkommen. Letzteres ist möglich, aber nicht erwiesen, denn die Kinder haben in der Regel guten Appetit, gehörige Darmausleerung, Schlafen gut u. s. w. Was dafür spricht, dass weniger in einer Verdauungsstörung als in der Blutmischung die Ursache zu suchen sei, ist, dass es gewöhnlich sehr vollsaftige, gut und etwas zu reichlich genährte Kinder sind, die an diesen kontinuirlichen Furunkeln leiden. Hr. Coley ist geneigt, die Furunkeln für eine gesteigerte und verschlimmerte Form von *Erythema nodosum* zu halten; indessen gewinnen wir dadurch nichts an Einsicht.

Man hat gegen diese Furunkeldiathese Kaliliquor, Sarsaparille und verschiedene andere Mittel empfohlen; diese Mittel hält Hr. Coley für völlig wirkungslos. Was ihm noch am meisten gewirkt, ist Sublimat in sehr kleinen Gaben, z. B. einem 4 — 5 Jahre alten Kinde $\frac{1}{18}$ Gran, und einem 6 — 12 Jahre alten Kinde $\frac{1}{12}$ Gran in einer passenden Auflösung. Sind Furunkeln vorhanden, so werden sie dadurch in ihrem Verlaufe abgekürzt und das Nachfolgen neuer Furunkeln wird verhütet. Bei vorhandener Verdauungsstörung gebe man jeden dritten Tag eine Dosis Kalomel mit Jalape. Das beste örtliche Mittel ist häufiges Auflegen von Kompressen, die in warmem Wasser getränkt sind.

V. Miszellen und Notizen.

Gegen Verbrennungen, sowohl bei Erwachsenen, als besonders bei Kindern, verfährt Hr. Jobert jetzt auf folgende Weise. Er bedeckt die von der Verbrennung betroffenen Theile mit gefensterter Leinewand, die mit Salbe bestrichen ist; auf diese Leinewand legt er Blasen mit eiskaltem Wasser gefüllt, die Tag und Nacht liegen bleiben und gewechselt werden müssen, sobald das Wasser nicht mehr ganz kalt ist. Die Anwendung der Kälte verursacht dem Kranken in der ersten Zeit einige Schmerzen; bald aber verschwindet diese unangenehme Empfindung, denn die Reaktion wird milder, und der Kranke befindet sich darauf so wohl, dass er beim ersten Anblick gar nicht wie ein Verletzter erscheint. Statt der Blasen mit kaltem Wasser gefüllt kann man auch Eis nehmen, und Hr. Jobert bedient sich auch,

sobald die Kranken es ertragen können, der kalten Bäder, und er hat hierbei die Erfahrung gemacht, dass, wenn man den Verbrannten nur einige Minuten ein kaltes Bad nehmen lässt und ihn in sein Bette zurückbringt, eine sehr heftige Reaktion darauf folgt, die um so intensiver ist, als das Bad kälter gewesen. Wenn man aber nach dem Bade auf das verbrannte Glied die Kälte sogleich weiter anwendet, und wenn man den Kranken statt einiger Minuten ¼ bis ½ Stunde im kalten Bade gelassen hat, so sind die Zufälle weniger lebhaft, ja meistens kaum bemerkbar. Hr. Jobert behandelte einen jungen Epileptischen, der während eines seiner Anfälle in das Feuer gefallen war und das Gesicht sich dermaassen verbrannte, dass einzelne Stellen gänzlich verkohlt waren. Bald nach der Anwendung des Eises hörten die Schmerzen auf und der Kranke befand sich so wohl, dass er zu essen begehrte. — Nicht blos im Anfange passte die Anwendung der Kälte, sondern auch später, wenn schon Eiterung eingetreten, dient die Kälte zur Verminderung der Entzündnng und der Eiterung, besonders aber zur Verhütung übler Narben und Hautbrücken, die gar zu leicht in Folge einer zu lebhaften Entzündung sich erzeugen. Mit dieser Anwendung der Kälte verbindet Hr. J. den inneren Gebrauch der Opiate.

Die Wirksamkeit der Kreuznacher Mineralquellen gegen Skropheln. — Aus einer brieflichen Mittheilung. — „Ich gehe jetzt nach meiner Schilderung der vergangenen Badesaison in Kreuznach zu den einzelnen Krankheiten und Krankheitsfällen über. Ich beginne mit den Skropheln, welche Sie in Ihrer Zeitschrift wohl am lebhaftesten von allen übrigen Krankheiten interessiren werden. Die Skropheln sind es, welche, wenn ich mich so ausdrücken darf, den Hauptgegenstand, das eigentlichen Ressort oder Wirkungskreis der Kreuznacher Quellen ausmachen. Skropheln und was mit Skropheln in Verbindung steht oder von ihnen ausgeht, gehört nach Kreuznach hin. Schon Hr. Prieger sagt in seinem etwas aufgeputzten Buche (Kreuznach und seine Brom- und jodhaltigen Heilquellen, Kreuznach, 1837, 8.): diese Krankheitsklasse, die Skropheln, ist es vorzugsweise, in welcher unsere Quellen, zum Trinken und Baden gebraucht, vermöge ihrer auflösenden, reinigenden, erregend-belebenden Einwirkungen auf die Haut, das Blut-, Drüsen- und Lymphsystem, ihre ausgezeichnete Wirksamkeit seit einer Reihe von Jahren auf eine unzweifelhafte Weise dargethan haben. Wenn nun schon längst Sool- und

Seebäder gegen Skrophelkrankheiten als wirksam betrachtet worden sind, so müssen es besonders die Kreuznacher Soolquellen, da sie bekanntlich, ausser den gewöhnlichen Bestandtheilen des Seewassers, noch Brom, Jod, Eisen und salzsauren und kohlensauren Kalk enthalten. Die Seeluft, die allerdings in Kreuznach nicht zu finden ist, wird durch die Gebirgsluft ersetzt und durch die schönen landschaftlichen Umgebungen. Im vergangenen Sommer war in Kreuznach eine grosse Menge Skrophelkranke, Erwachsene sowohl wie Kinder, und wenn bei den meisten die Kreuznacher Quellen sich vortrefflich erwiesen haben, so gab es doch viele, bei denen sie den Zustand eher zu verschlimmern schienen, und viele andere Skrophelkranke, die weder verschlimmert noch gebessert wurden. Es liegt im Wesen der Skropheln, dass eine Heilung nicht plötzlich bewirkt werden kann, ja dass eine Besserung nur langsam eintritt, und es geht schon dasaus hervor, dass 1) die Kreuznacher Wässer nur dann gegen die Skropheln zum Ziele führen, wenn sie mehrere Sommer hinter einander benutzt werden; 2) dass die Benutzung der Kreuznacher Wässer anderswo als in Kreuznach, namentlich inmitten grosser Städte, nicht von grossem Belange sein kann, da der Genuss der freien Luft und der hübschen weltlichen Umgebung dabei fehlt; 3) dass nicht alle Skrophelkranke für die Kreuznacher Wässer passen, sondern dass bestimmte Indikationen auch hier erst aufgesucht werden müssen."

„Ich bin jetzt eben mit einer Arbeit über die Wirkung der Kreuznacher Wässer gegen die Skrophelkrankheiten und über die richtigen Indiktaionen für die Anwendung derselben in dieser Krankheit beschäftigt, und ich hoffe, sehr bald Ihnen diese Arbeit für Jhre Zeitschrift zusenden zu können." . . .

VI. Bibliographie.

James Milman Coley, M. D. *A Practical Treatise on the Diseases of Children, London* 1846, 8.

M. Glover, *On Scrofula, London* 1846, 8.

Register zu Band VII.

(Die Ziffer bezeichnet die Seite.)

